



PERU

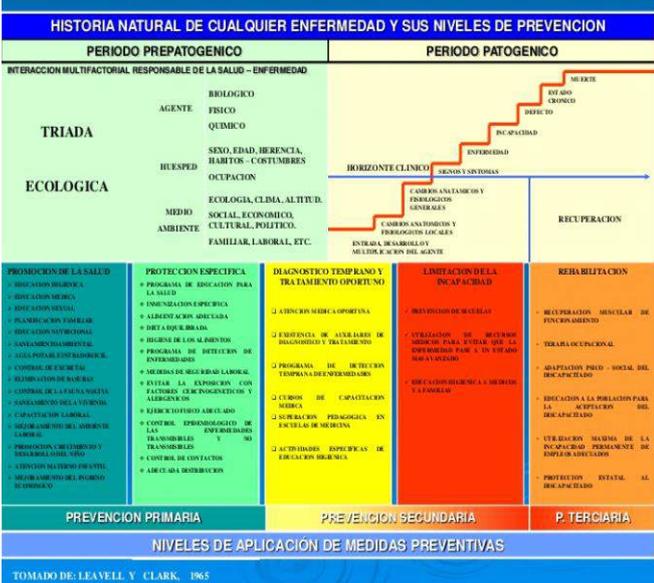
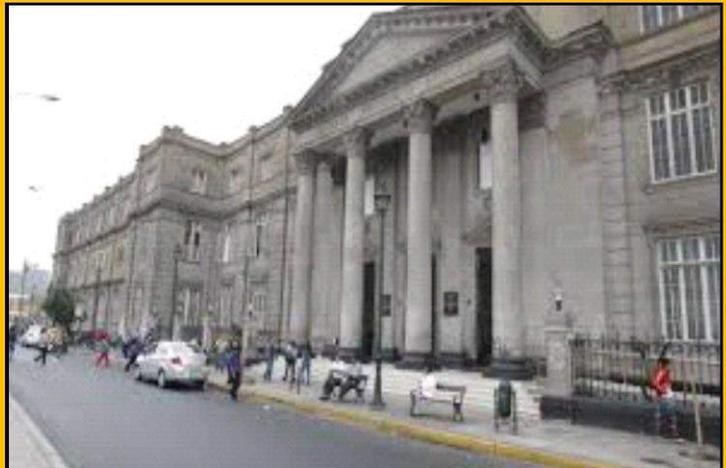
Ministerio de Salud

Hospital Nacional Arzobispo Loayza

# HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"



## ANALISIS DE SITUACION DE SALUD 2016



Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

**MINISTERIO DE SALUD****Ministra de Salud****Dra. Patricia Jannet García Funegra****Viceministra de Salud Pública****Dra. Silvia Ester Pessah Eljay****Centro de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades****Dra. Gladys Marina Ramírez Prada****Directora General****Hospital Nacional “ Arzobispo Loayza”****Dra. Victoria Bao Castro****Directora General****Dra. Debbie Miyasato Higa****Sud Directora****Dra. Yvett Pinedo Ramírez****Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental**

## PARTICIPANTES EN LA ELABORACION DEL ASIS 2015

Investigador Principal

Dra. Yvett Pinedo Ramírez : Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Responsable de Enfermedades Trasmisibles y No trasmisibles

Dra. Lida Amelia María Tello Cebreros : Médico Asistente

Equipo de Vigilancia Epidemiológica

Mag. Mery Ale Arratea : Responsable del Sistema de Vigilancia de IAAS

Licenciadas en Enfermería : Carmen Gonzales Ureta – Milagros Garay Pareja

Licenciadas en Enfermería : Fiorella Gamboa Altamirano – Teresita Curisinche Osorio

Licenciada en Enfermería : Norca Rodriguez Ruiz

Equipo de Registro, Análisis y Apoyo Técnico

Salomé Ygredda Pacheco :Licenciada en Enfermería - Registro de fichas epidemiológicas

Adela Gámez Céspedes : Técnica de Enfermería - Registro de fichas Epidemiológicas

Carlos Luis Herrera Arias : Especialista Adm - Digitación, Diagramación y Análisis

Segundo Julio Martínez Paredes : Técnico Adm. - Registro de Cáncer

María E. Quicaño Alvarez : Asistente Adm - Apoyo y Archivo documentario

Ing. Juan Escudero Oliveros : Ingeniero Sanitario - Responsable de Salud Ambiental

Juan C.Aranibar Chaccara : Especialista Adm - Salud Ambiental

Equipo de Oficina de Estadística e Informática

Ing. Nilton C. Geldres Cayo : Jefe de la Oficina de Estadística e Informática

Dante Neira Avalos : Asistente Administrativo

Pablo Castro Valdiviezo : Asistente Administrativo

Luis Barrientos Lisbona : Unidad de Estadística

Arturo Adrián Yupanqui : Unidad de Estadística

Oficina de Seguros

América Chang Yui : Médico Pediatra - Jefe de la Oficina de Seguros

Servicio de Infectología : Eddie Angles Yanqui Médico Infectólogo - Responsable del Programa de Control de Antibióticos de Reserva.

INDICE	
PRESENTACION	06
AGRADECIMIENTO	07
Introducción	08
Finalidad – Objetivo general - Ambito de Aplicación	11
CAPITULO I	12
Método de Trabajo	12
Misión, Visión, y Eslogan	14
Valores éticos	14
Principios	15
Organización del Hospital ante el nuevo entorno	16
Líneas de acción	16
Funciones	18
1.- CONTEXTO DEL HOSPITAL NAC. “A. LOAYZA”	18
1.1 Base legal de creación	18
1.2 Reseña histórica del Hospital	18
1.3 Característica del Hospital	20
- Ubicación geográfica	21
1.4 Organización del Hospital	22
- Información de la Población Económicamente Activa (PEA)	26
1.5 Servicios brindados por el Hospital	27
1.6 Organigrama estructural	28
- Dependencia y Jerarquía	29
- Nivel de complejidad - Objetivos Funcionales Generales	30
- Jurisdicción de referencia	30
- Area de influencia del Hospital	31
1.7 Análisis de las determinantes del estado de salud	32
- Contexto Económico	32
- Conflictos sociales	36
- Mapa de Conflictos a nivel nacional	37
- Características de la población	38
- Características Socio-Económicas	40
- Salud	46
CAPITULO II	50
ANALISIS DE LOS FACTORES CONDICIONANTES DE LA SALUD	
2.1 Procedencia de los pacientes atendidos	50

2.2	Patologías más frecuentes en Consulta Externa según Sexo	51
2.3	Atenciones en la Consulta Externa por regiones	53
2.4	Pirámide poblacional de los distritos de mayor demanda	54
2.5	Perfil de la demanda	55
2.6	Análisis de pacientes atendidos por turnos	56
2.7	Análisis de Atenciones por el Seguro Integral de Salud 2016	62
2.9	Procedimientos médicos por Servicios	65
CAPITULO III		76
ANALISIS DE LA MORBILIDAD		76
3.1	Análisis de la morbilidad en consulta externa	76
3.2	Morbilidad en Hospitalización	100
3.3	Distribución de egresos hospitalarios por servicios	109
3.4	Atenciones en el servicio de Emergencia	113
3.5	Intervenciones Quirúrgicas	122
3.6	Comportamiento de la infecciones intrahospitalarias	126
3.6.1	Servicio de Neonatología	136
3.6.2	Departamento de Gineco Obstetricia	141
3.6.3	Departamento de Medicina	144
3.6.4	Departamento de Cirugía	146
3.6.5	Servicio de UCI	150
3.6.6	UCIN	154
3.6.7	UCI Coronaria	158
	Conclusiones	162
	Recomendaciones	166
3.7	Comportamiento de la Influenza y otros virus respiratorios	167
	Organización, Ejecución y Resultados finales del II Estudio de Prevalencia	175
	Informe Anual Adherencia a la Higiene de manos 2015	184
	PROGRAMA DE CONTROL DE ANTIMICROBIANOS DE RESERVA	198
3.7	Análisis de Enfermedades sujetas a vigilancia	207
3.7.1	Enfermedades transmisibles e infecciosas	207
	• Situación epidemiológica de Muerte Fetal	208
	• Situación epidemiológica de Neonatal	209
	• Situación epidemiológica de Muerte Materna	210
	• Situación epidemiológica de Sífilis Congénita	210
	• Situación epidemiológica de Dengue - Bartonellosis	210
	• Situación epidemiológica de Brucelosis	211

• Situación epidemiológica de Mordeduras de Can y otros mamíferos	212
• Situación epidemiológica de Intoxicación Alcohólica	213
• Situación epidemiológica de Intoxicación Alimentaria	214
• Situación epidemiológica de Intoxicación por Sustancia desconocida	215
• Situación epidemiológica de Metales u otros	216
• Situación epidemiológica de Accidentes Punzocortantes	216
• Situación epidemiológica de Malaria	219
• Situación epidemiológica de Leshmaniasis	219
• Situación epidemiológica de Picaduras de Insectos	219
• Situación epidemiológica de Loxocelismo	220
• Situación epidemiológica de VIH-SIDA-TARGA	221
• Situación epidemiológica de Leptospirosis	223
• Situación epidemiológica de Hepatitis B	223
• Situación epidemiológica de Accidentes de tránsito	224
• Situación epidemiológica de Ofidismo	226
• Situación epidemiológica de TBC en pacientes	227
• Situación epidemiológica de TBC Ocupacional	231
3.7.2 Enfermedades No transmisibles	233
• Situación epidemiológica de Registro de Cáncer Hospitalario	233
CAPITULO IV	271
ESTRATEGIAS SANITARIAS	271
4.1 Estrategia Sanitaria de Accidentes de tránsito	271
4.2 Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones	277
4.3 Estrategia Sanitaria de Control de ITS/VIH/SIDA	282
VIGILANCIA DE MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS	285
CAPITULO V ANALISIS DE LA MORTALIDAD	296
CAPITULO VI	301
6.1 INDICADORES DE GESTION HOSPITALARIA	301
6.1.1 Indicadores de Concentración	306
6.1.2 Rendimiento Hora médico	310
6.1.3 Rendimiento Cama	314
6.1.4 Porcentaje de ocupación de camas	316
6.1.5 Días promedio permanencia hospitalaria	319
6.1.6 Intervalo de Sustitución	322
CAPITULO VII	
EVALUACION ANUAL DE LA EJECUCION PRESUPUESTAL 2016	325

## PRESENTACION

El Análisis de Situación de Salud 2016 es un proceso analítico sintético que abarca diversos tipos de análisis. El ASIS permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean estos, competencia del sector salud o de otros sectores. El ASIS facilita también la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud. El ASIS se basa en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u otra unidad geográfico-política.

El Análisis de Situación de Salud (ASIS 2016) es la primera Función Esencial de la Salud Pública, por lo tanto es un proceso que forma parte de las funciones de rectoría del gobierno en salud. El ASIS 2016 del Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”, es un insumo central para los procesos de toma de decisiones en salud, particularmente en la formulación de políticas y el planeamiento regional en salud, estos se basan en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de una región u otra unidad geográfico-política, a la vez incluyen como sustrato a grupos de población con diferentes grados de postergación resultante de las condiciones y calidad de vida desiguales y definidas según características específicas tales como sexo, edad, ocupación, etc., que se desarrollan en ambientes específicos.

En nuestra experiencia, y con este aporte la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Nacional “Arzobispo Loayza” avanza en el esfuerzo por mejorar la gestión sanitaria, que contribuirá a lograr condiciones de vida digna para millones de peruanos, en especial para los más pobres y postergados en el acceso a los servicios de salud, al contar con este documento de gestión, permite conocer los problemas de salud, así como sus factores determinantes y condicionantes, y nos facilita como sector, mejorar la oferta de servicios para enfrentar estratégicamente los problemas sanitarios y cumplir con nuestra misión institucional que es garantizar la salud de la población especialmente la más necesitados.

Dra Victoria Bao Castro

Directora General

Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”

## AGRADECIMIENTO

Desde el año 2005 en que se han elaborado anualmente el Análisis de Situación de Salud ASIS de nuestro Hospital, ha sido y es muy importante la colaboración de personal asistencial y administrativo, por ello debemos expresar nuestro profundo agradecimiento al personal médico, Asistentes, Residentes e Internos, a los Jefes de Servicios, a los Jefes de Departamentos, a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, a la Oficina de Personal por la información brindada, cuyo aporte es fundamental para el análisis de los datos remitidos para la elaboración del ASIS 2016.

Asimismo es importante reconocer y felicitar al personal de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, médicos, enfermeras, técnico y personal administrativo e inspectores sanitarios, por su constante esfuerzo por mejorar con la vigilancia epidemiológica de las enfermedades o daños sujetos a notificación contribuyendo notablemente a elaborar el análisis, conclusiones y recomendaciones, la misma que nos ha permitido reconocer e intervenir inmediatamente ante el inicio de un evento epidemiológico antes que se convierta en un brote, hecho que ha sido demostrado por la Dirección General, al brindar su constante apoyo a nuestra Oficina.

Debemos expresar la valiosa colaboración de la Dra. América Chang Yui, Médico Pediatra, Jefe de la Oficina de Seguros, por la información referida a las atenciones de pacientes SIS, sus diagnósticos y procedencia, al Médico Infectólogo Eddie Angles Yanqui del Servicio de Infectología, por el artículo del Programa de Control de Antimicrobiano de Reserva 2016, lo cual ha permitido el uso racional de antimicrobianos, reducción de la selección de microorganismos resistentes, disminución de la incidencia de infecciones intrahospitalarias y por ende la optimización de los recursos financieros asignados a nuestra institución.

Asimismo debemos mencionar nuestro profundo agradecimiento al personal de la Oficina de Estadística e Informática del Equipo de la Unidad de Estadística quienes en forma mensual recopilan los datos y los traducen en indicadores exactos que permite medir las actividades de los diferentes servicios y especialidades médicas.

## 1.- INTRODUCCION

El Análisis de Situación de Salud es una herramienta fundamental para la planificación y la gestión de los servicios de salud, para la priorización de los principales problemas, así como para la definición de estrategias intramural que vulneren estos daños priorizados. El enfoque integral del Análisis de Situación de Salud Hospitalario, facilita el conocimiento y análisis del perfil epidemiológico, los factores que la determinan y la oferta de salud que intenta controlar estos problemas de salud en una determinada población.

El objetivo de este documento es que el país conozca las necesidades y capacidades en salud, con el fin de planificar de forma eficiente los recursos integrando la participación de todos los sectores y actores sociales para la solución de los problemas en salud. De este modo, sirva como base para la toma de decisiones orientadas a la reducción de las inequidades sanitarias

El ASIS 2016 se constituye como un instrumento oficial importante para la toma de decisiones, en la definición de necesidades y prioridades de la población que se atiende en nuestro hospital, base para la formulación de estrategias de intervención en promoción de la salud, prevención, investigación y control de daños.

Con el compromiso de generar información permanente, altamente confiable y de calidad que promueva el interés por su sistematización y que responda a las necesidades de los funcionarios de salud y a los responsables de gestión de los diferentes servicios médicos para la toma de decisiones, el mismo que contiene los capítulos que abordan los factores condicionantes, el proceso salud-enfermedad, la respuesta de los servicios de salud, vulnerabilidad distrital e identificación de desigualdades e inequidades que afectan la salud de nuestra población.

El presente documento está organizado en Siete (07) capítulos, los que detallan a continuación.

El primer capítulo presenta el contexto del Hospital, su reseña histórica, ubicación geográfica, organización y análisis de las determinantes del estado de salud.

El segundo capítulo se presenta el Análisis de los factores condicionantes de la salud, donde se aprecia la procedencia de los pacientes atendidos, perfil de la demanda y atención de pacientes por turno.

Capítulo III se desarrolla el Análisis de la Morbilidad de la consulta externa y hospitalización, atenciones por Emergencias, el número de intervenciones quirúrgicas y el comportamiento de las infecciones asociadas a los servicios de salud (IAAS), análisis de las enfermedades sujetas a vigilancia, enfermedades no transmisibles y la situación epidemiológica y registro hospitalario del cáncer.

Capítulo IV se hace una descripción de las estrategias sanitarias : Accidentes de tránsito, Inmunizaciones, Control de Infecciones de transmisión sexual y la vigilancia del manejo y gestión de Residuos sólidos.

Capítulo V Análisis de la Mortalidad del Hospital en forma general, por servicios diagnósticos.

Capítulo VI se analiza los Indicadores de Gestión hospitalaria por Consulta externa y por Hospitalización.

Capítulo VII se describe y analiza el movimiento financiero y presupuestal del ejercicio presente por toda fuente de financiamiento, tanto el ingreso como el gasto.

Y en las conclusiones se describe el resultado del análisis en forma macro y específico para algunas actividades esperando que les permita a los Gestores saber utilizar esta herramienta para la consecución de buenos resultados de favor de los pacientes y para la comunidad loaycina.

Dra. Yvett Pinedo Ramírez

Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Médico Infectólogo

CMP 32733

RNE 21880

## **2.-FINALIDAD**

El presente documento técnico “ASIS 2016”, tiene la finalidad de difundir el análisis de la situación sanitaria del Hospital Nacional “Arzobispo Loayza” , para orientar el proceso de planificación en salud sectorial e intersectorial en el ámbito jurisdiccional con evidencias científicas para el diseño y aplicación de estrategias sanitarias, y así fortalecer la gestión sanitaria en beneficio de la salud de la población.

## **3.- OBJETIVO GENERAL:**

Orientar la gestión pública en salud en el ámbito de la atención de la demanda del Hospital Nacional “Arzobispo Loayza” para la ejecución de las acciones de salud priorizadas dirigidas a resolver las necesidades de salud de la población conducida por la autoridad del Sector Salud.

## **4.- AMBITO DE APLICACIÓN**

El presente documento técnico es de aplicación y alcance para las Unidades orgánicas, así como servicios asistenciales , oficina de Asesoramiento y oficinas administrativas que comprenden el hospital, el equipo técnico de la Oficina de Epidemiología serán los encargados de difundirla en todo el Hospital.

## CAPITULO I

### METODOLOGIA DE TRABAJO

El Análisis de Situación de Salud Hospitalario (ASIS 2016) es una herramienta fundamental en todos los niveles de salud para la toma de decisiones. El presente documento se elaboró de acuerdo al modelo de la Norma Técnica de la Dirección General de Epidemiología aprobada con RM N° 663-2008/MINSA

Para la elaboración del Análisis de Situación de Salud Hospitalario (ASIS-2016) se conformó un equipo de trabajo, el cual estuvo conformado por las siguientes áreas: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, Oficina de Estadística e Informática, Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Oficina de Seguros, con la participación del Servicio de Infectología, quienes aportaron con información valiosa y actualizada.

Se recopila información de los datos poblacionales de los últimos censos de INEI, ENAHO, ENDES entre otras.

Se elaboró un cronograma de actividades para el desarrollo de este documento. En el que se establece reuniones con las unidades orgánicas de nuestro hospital, para la presentación del esquema metodológico del ASIS 2015.

El documento se estructuró de la siguiente manera:

#### 1.-ASPECTOS GENERALES

Desarrollo de la metodología del documento.

Se ha una descripción de los valores y principios que rigen nuestra institución.

#### 2.-ANALISIS DE LOS DETERMINANTES Y DEL ESTADO DE SALUD

Análisis de los determinantes de salud

En este punto se analizó los indicadores relacionados a las características geográficas ambientales, de acceso a servicios básicos, se demarcó el territorio de la jurisdicción del Hospital, con las características geográficas, hidrológicas, climatológicas, se identificó los principales contaminantes ambientales y el porcentaje de acceso a los servicios básicos.

La composición poblacional se analizó de acuerdo a la distribución por departamentos y distritos, teniendo en cuenta la edad, sexo, tamaño y densidad poblacional. La dinámica poblacional se analizó de acuerdo a la tasa bruta de natalidad, tasa de fecundidad, esperanza de vida crecimiento anual de la población menor de 5 años y la tasa de migración interna.

El nivel de pobreza se estableció de acuerdo al Mapa de Pobreza de FONCODES y del INEI. Se tuvo en cuenta la pobreza según sus necesidades básicas insatisfechas, índice de desarrollo humano y el porcentaje de hogares indigentes y pobres.

### 3. ANALISIS DEL ESTADO DE SALUD Y RESULTADOS SANITARIOS

Para el análisis de este punto se tomó como base el análisis de mortalidad y la morbilidad. La mortalidad se evaluó de acuerdo a las principales causas de muerte segregados por edad, sexo y lugar de procedencia. Para el análisis de la morbilidad se tomó en cuenta las principales enfermedades que demandan los servicios de salud pública en los diferentes servicios. La información ha sido desagregada en grupos según la edad, sexo, además se ha analizado problemas de magnitud como la tuberculosis, VIH/SIDA, enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, accidentes de tránsito, infecciones intrahospitalarias y enfermedades no transmisibles resaltando el Cáncer en sus diferentes formas.

De acuerdo a las tendencias demográficas se estima un incremento de la población adulta en desmedro de un crecimiento lento en la población infantil, lo cual nos obliga a tener mayor concentración de esfuerzos en las enfermedades crónicas y degenerativas en los próximos años. Es importante la estabilidad económica actual que avizora un mejoramiento de la inversión pública y el gasto presupuestal, por lo cual se espera una mejora de la asignación presupuestal la cual va a ir acompañada de una ejecución de gasto adecuado basado en una calidad del gasto que refleje la eficacia de las inversiones del estado en lo concernientes a los bienes y servicios. Todo lo cual estará orientado a los lineamientos de política del estado.

Existe gran expectativa en el auge de la biotecnología para la atención especializada sobre todo en la tecnología de las especialidades médicas y quirúrgicas para problemas de la salud infantil, adultos y adultos mayores. La aplicación de métodos cuantitativos aplicados por administradores puros es cada vez más abundante con logros exitosos en la administración hospitalaria. En cuanto a nuestro perfil epidemiológico, aun se tiene ciertos detalles por superar en la medición y obtención de tasas epidemiológicas, lo cual va a ser superado mediante la integración de los sistemas informáticos en colaboración con las entidades correspondientes.

### 3.1 MISION

### 3.2 VISION

## MISION Y VISION DEL HOSPITAL NACIONAL “ARZOBISPO LOAYZA”

### MISION

- Somos un organismo público que conduce y articula la más importante, moderna y efectiva red de prestación de cuidado integral de la salud para todos y por todos, contribuyendo a fortalecer un sistema nacional de salud, que tenga como principios: universalidad, equidad, solidaridad, integralidad, accesibilidad y calidad, para avanzar en el logro del máximo grado de bienestar de la sociedad como parte del desarrollo del país.

### VISION

Promover en las personas, a través de un efectivo liderazgo, estilos de vida saludables, gestionando, conduciendo y articulando eficientemente los servicios de salud, con infraestructura y equipamiento apropiados, recursos humanos calificados, actualizados permanentemente y comprometidos en brindar un cuidado integral, con calidad y calidez, potenciando la docencia e investigación científica que identifique los problemas de salud y brinde soluciones, a fin de garantizar el ejercicio pleno del derecho fundamental a la salud de la personas, familias y comunidades en paz.

### 3.3 VALORES Y PRINCIPIOS

#### 3.3.1 VALORES

**El principal valor es la EXCELENCIA.-** Orientar la gestión al logro de los objetivos en la oportunidad requerida y al menor costo para el hospital y la población demandante en su conjunto, aplicando criterios técnicos para la mejora continua de los procesos basados en principios.

#### 3.3.2 PRINCIPIOS

**Trabajo en Equipo.-** En todo nivel es promovido por el Hospital, a través de la coordinación permanente con los Jefes, coordinadores o responsables de los programas presupuestales, MINSA, DISAs, poniendo énfasis en la generación de sinergias y flexibilidad en el logro de los objetivos trazados.

**Atención Personalizada.-** Atención directa al paciente con empatía, dando consejería, información y comunicación asertiva sobre su estado de salud y el proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación.

**Intervención Integral.-** La Atención que demande intervenciones quirúrgicas debe ser con el enfoque multidisciplinario, asimismo para el control y prevención de enfermedades inmunoprevenibles, transmisibles y no transmisibles, enfermedades raras y complejas, movilizandolos equipos de contingencia de recursos, orientados a acciones de alto impacto y concertada con los diferentes actores sociales e instituciones del sector

**PRINCIPIOS****ETICA**

Actuar respetando las normas, los principios y las opiniones ,actuar con honestidad

**HONRADEZ**

Es la rectitud de ánimo y la integridad en el obrar

**RESPECTO**

Consideración, acompañada de cierta sumisión, con que se trata a una persona o una cosa por alguna cualidad,

**INTEGRIDAD**

Eficiencia y Honradez en el cumplimiento del servicio

**RESPONSABILIDAD**

Cumplimiento estricto de las obligaciones y prudencia en el ejercicio de los derechos

**PROACTIVIDAD**

Iniciativa y actitud positiva en la solución a los problemas

**VOCACION DE SERVICIO**

Entrega al trabajo, más allá de la responsabilidad contractual

**COOPERACION**

Trabajo en equipo y reciprocidad, compartiendo información y conocimientos

**OBJETIVIDAD**

Veracidad, transparencia e imparcialidad en el tratamiento de la información y la toma de decisiones

**CORDIALIDAD**

Trato amable a los usuarios del sistema, en un clima de amistad y ayuda mutua

**IDENTIDAD**

Sentido de pertenencia a la institución, orgullo legítimo por la alta función desempeñada

**COMPROMISO**

Responsabilidad u obligación que se contrae

**CONFIANZA**

Esperanza firme o seguridad que se tiene en que una persona va a actuar o una cosa va a funcionar como se desea

**INICIATIVA**

Capacidad para idear, inventar o emprender cosas

**AMOR A LAS PERSONAS**

Dar el servicio poniéndose en los zapatos del otro y desde el corazón

**SOLIDARIDAD**

Adhesión o apoyo incondicional a causas o intereses ajenos, especialmente en situaciones

## **La Organización del Hospital ante el Nuevo Entorno**

El hospital se organizará para atender a los usuarios con un enfoque holístico, matricial combinada con la vertical, en los siguientes diagramas:

### **LINEAS DE ACCION**

En el marco de la reforma del sector salud se va normar, y estandarizar mediante doctrinas, normas y procedimientos para prevenir y controlar la enfermedad del paciente; garantizar la detección, diagnóstico y tratamiento a todos los pacientes que acceden dentro del hospital y desarrollar trabajo extramural al interior del país, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad. El hospital está organizado con el enfoque nacional con las siguientes líneas flexibles y multifuncionales:

1. Propuestas de Lineamientos de Políticas y Estrategias de intervención
2. Sistema de Normalización y Estandarización en UPSS
3. Programación y Priorización por Programas Presupuestales
4. Gestión de los servicios de salud intermedios / finales de Excelencia enfocado en la Calidad
5. Sistema de Monitoreo, Seguimiento, Supervisión y Evaluación
6. Programas Presupuestales /Cartera de Servicios de Salud
7. Atención de las Consultas Externas, Hospitalización y Procedimientos Clínicos, según UPSS
8. Investigaciones Operativas, Epidemiológicas, Clínicas y Docencia
9. Loayza sin Fronteras - Extramural con el Enfoque Multifactorial (COE)
10. Atención Universal con punto de pago cero

### **Perspectiva del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el Aseguramiento Universal.**

Al Hospital se le ve como una organización en cuatro aspectos importantes, esto es Recursos, Aspecto Interno, a los Usuarios/Pacientes y el Resultado en los Clientes o Pacientes en la atención del hospital. Sobre este aspecto es importante tener en cuenta el posicionamiento del Hospital vinculado a la posición Nacional.

# PERSPECTIVA DE LA ATENCION HOSPITALARIA



## **FUNCIONES**

En el Artículo 8° del Reglamento de organización y Funciones del Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”, se han definido los siguientes objetivos funcionales generales:

- 1.- Lograr la recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de los pacientes, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad e integralidad, en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.
- 2.- Defender la Vida y proteger la Salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural.
- 3.- Lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la Salud.
- 4.- Mejorar el desempeño y el desarrollo de los recursos humanos, generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y entorno familiar
- 5.- Mejorar la eficiencia en el uso de los recursos materiales, económicos y financieros.
- 6.- Asegurar el adecuado financiamiento del Hospital

## **CONTEXTO DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA**

### **1.1.BASE LEGAL DE CREACION**

En 1905 se emite una Resolución Suprema para ubicar un terreno y construir un nuevo hospital que continúe con la obra iniciada por el Arzobispo. La construcción de este nosocomio se inició en 1915 y fue inaugurado el 10 de diciembre de 1924, bajo el nombre de Hospital Arzobispo Loayza, en honor a su fundador. Actualmente cuenta con un Reglamento de Organización y Funciones aprobado por R.M. N° 777-2005/MINSA, donde se especifica la estructura orgánica del Hospital y las funciones fue elaborado sobre la base del Reglamento General de hospitales del Sector Salud aprobado por R.M. N° 616-2003-SADM

### **1.2 RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL**

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza actualmente cuenta con 462 años de existencia, fundado en 1549 como Hospital Santa Ana de los naturales, su historia puede ser dividida en dos etapas que se articulan histórica y funcionalmente.

### **Hospital de Santa Ana de los Naturales**

Fundado por el Primer Arzobispo del Perú y de América, Don Jerónimo de Loayza y González, en 1549 para prestar servicios de salud a la población indígena, de ambos sexos, diezmada y severamente afectada por las diversas enfermedades traídas por los españoles a nuestro país y los rudos trabajos a que fue sometida.

Cabe resaltar que hasta entonces los indígenas peruanos no tenían acceso a servicios de salud, ya que no se les consideraba como seres humanos. De allí el valor y la importancia de la obra de este clérigo, quien dedicó su vida a atender las necesidades físicas y espirituales de sus “pobres indios” como él los llamaba.

Fray Jerónimo falleció en su habitación del Hospital de Santa Ana y pidió ser enterrado en su ámbito.

Los años transcurridos hicieron efecto en las estructuras del Hospital de Santa Ana, por lo que en 1905 se emite una Resolución Suprema para ubicar un terreno y construir un nuevo hospital que continúe con la obra iniciada por el Arzobispo.

### **Hospital Nacional Arzobispo Loayza**

La construcción de este nosocomio se inició en 1915 y fue inaugurado el 10 de diciembre de 1924, bajo el nombre de Hospital Arzobispo Loayza, en honor a su fundador.

Cabe mencionar que tanto el personal, como los equipos y materiales de Santa Ana fueron trasladados al Hospital Loayza, por eso decimos que, el nombre de Hospital Santa Ana es nuestro ancestro histórico y asistencial.

Desde su inauguración el Hospital Arzobispo Loayza dedicó su atención a mujeres, lo que se mantuvo por muchos años, sin embargo actualmente atiende tanto varones como mujeres. Antes fue administrado por la Sociedad de Beneficiencia Pública de Lima, el hospital pasó a depender del Ministerio de Salud Pública el 31 de enero de 1974.

Manteniendo la mística de su fundador, el Hospital Arzobispo Loayza desarrolla una política, acorde con la del sector, que brinda facilidades para atender oportunamente a la gran cantidad de personas que acuden hasta nuestra instalaciones en busca de soluciones a sus problemas de salud, todo ello con el trabajo dedicado de cada uno de los miembros de la Comunidad Loaycina.

### 1.3 CARACTERISTICAS DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA

Ubicación geográfica: Se encuentra ubicado en el distrito de Lima Cercado en la Avenida Alfonso Ugarte N° 848 con número telefónico 614-4646 de la central telefónica.

Los distritos que se encuentran en el entorno del Hospital son:

Por el Norte : San Martín de Porres y el Rímac

Por el este : Cercado de Lima

Por el Sur : Jesús María

Por el Oeste : Breña

Tiene acceso a todos los conos desde:

CONO NORTE: A través de la Panamericana y Av. Túpac Amaru

CONO OESTE (Callao): A través de las Av. Argentina, v. Colonial y Av. Venezuela.

CONO ESTE :Por la Vía de evitamiento, por los puentes Santa Rosa y Puente del Ejercito.

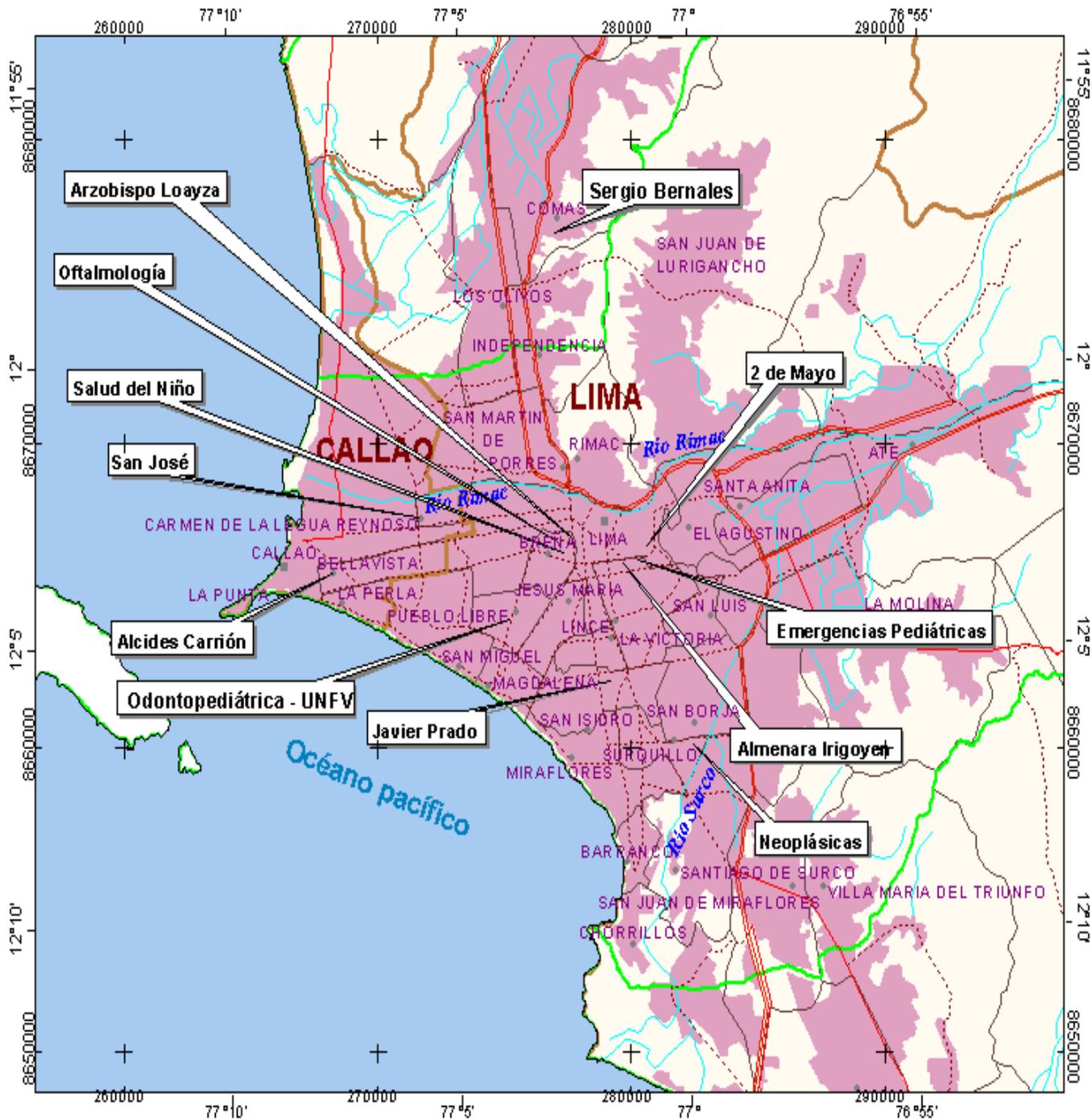
CONO SUR : A través de la Vía Expresa, Av. Grau, Av. Salaverry y Av. Brasil

Asimismo en el año 2014 se cuenta con el sistema de transportes Metropolitano, que permite la movilización de personas desde el cono norte por los distritos de San Martín de Porras, Independencia, Comas, Carabayllo y por el Cono Sur . parte de Breña, La Victoria, San Isidro, Miraflores, Chorrillos y por lado sureste se cuenta con el Tren eléctrico, sistema que permite el desplazamiento de la población desde el cono sur, en los distritos de Villa El Salvador, Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores, Santiago de Surco, San Borja, La Victoria, El Agustino, San Juan de Lurigancho hasta nuestro hospital.



LUGAR	ALTITUD (m.s.n.m.)	LATITUD	LONGITUD	REGION	EXTENSION TERRITORIAL ( Km2)
LIMA	154	12°02'36''	77°01'42''	COSTA	21.98

MAPA POLITICO DE LIMA.- UBICACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA



## 1.4 ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL

### 1.4.1 ESTRUCTURA ORGANICA

Según el Reglamento de organización y Funciones aprobado según R.M. N° 777-2005/MINSA, la estructura orgánica vigente a la fecha es la siguiente :

#### A. Órgano de Dirección

Dirección General

#### B. Órgano de Control

#### C. Órganos de Asesoramiento

1 Oficina Ejecutivas de Planeamiento Estratégico

2 Oficina de Asesoría Jurídica

3 Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

4 Oficina de Gestión de la Calidad

#### D. Órganos de Apoyo

1 Oficina Ejecutiva de Administración

Oficina de Personal

Oficina de Economía

Oficina de Logística

Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento

2 Oficina de Comunicaciones

3 Oficina de estadística e Informática

4 Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

5 Oficina de Seguros

#### E. Órganos de Línea

1 Departamento de Medicina Interna

1.- Servicio de Medicina Interna 1-I

2.- Servicio de Medicina Interna 1-II

3.- Servicio de Medicina Interna 2-I

4.- Servicio de Medicina Interna 2-II

5.- Servicio de Medicina Interna 3-I

6.- Servicio de Medicina Interna 3-II

7.- Servicio de Medicina Interna 4-I

8.- Servicio de Medicina Interna 4-II

9.- Servicio de Medicina Interna 8-I

## 2 Departamento de especialidades Médicas

10.- Servicio de Cardiología

11.- Servicio de Dermatología

12.- Servicio de Endocrinología

13.- Servicio de Gastroenterología

14.- Servicio de Geriátría

15.- Servicio de Onco-Hematología Clínica

16.- Servicio de Inmunoreumatología

17.- Servicio de Medicina Física y Rehabilitación

18.- Servicio de Nefrología

19.- Servicio de Neumología

20.- Servicio de Neurología

21.- Servicio de Salud Mental

22.- Servicio de Infectología

## 3 Departamento de Cirugía general-Aparato Digestivo y Pared abdominal

23.- Servicio de Cirugía I

24.- Servicio de Cirugía II

25.- Servicio de Cirugía III

## 4 Departamento de Especialidades Quirúrgicas

26.- Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello

27.- Servicio de Cirugía Plástica y Quemados

28.- Servicio de Neurocirugía

29.- Servicio de Oftalmología

30.- Servicio de Ortopedia y Traumatología

31.- Servicio de Otorrinolaringología

32.- Servicio de Urología

33.- Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular

34.- Servicio de Cirugía Vascular Periférico y Angiología

## 5 Departamento de Ginecología y Obstetricia

35.- Servicio de Obstetricia

36.- Servicio de Ginecología

37.- Servicio de Reproducción Humana

38.- Servicio de Oncología Ginecológica y Mamas

39.- Servicio de Obstetricas

6 Departamento de Pediatría

40.- Servicio de Pediatría

41.- Servicio de Neonatología

7 Departamento de Estomatología

42.- Servicio de estomatología Clínica

43.- Servicio de Estomatología Quirúrgica

8 Departamento de Enfermería

44.- Servicio de Enfermería en Atención Clínica-Medicina Pab.1

45.- Servicio de Enfermería en Atención Clínica-Medicina Pab.2

46.- Servicio de Enfermería en Atención Clínica-Medicina Pab.3

47.- Servicio de Enfermería en Atención Clínica-Medicina Pab.4

48.- Servicio de Enfermería en Cuidado Quirúrgico Cirugía Gral 6-I

49.- Servicio de Enfermería Cuidado Quirúrgico Cirugía Gral 6-II-6III

50.- Servicio de Enfermería en Cuidado Quirúrgico Cirugía Plástica y Quemados,  
Neurocirugía y Cabeza y Cuello

51.- Servicio de Enfermería en Cuidado Quirúrgico en Traumatología  
y Urología

52.- Servicio de Enfermería en Atención de Ginecología y Obstetricia

53.- Servicio de Enfermería en Atención Uci General-Uci Coronaria

54.- Servicio de Enfermería en Atención de Emergencia

55.- Servicio de Enfermería en Atención en Sala de Operaciones y Central de Esterilización

56.- Servicio de Enfermería en Cuidado del Neonato y del Niño

57.- Servicio de Enfermería en Consulta Externa

58.- Servicio de Enfermería en Atención Integral

9 Departamento de Anestesia y Centro Quirúrgico

59.- Servicio de Anestesia

60.- Servicio de Analgesia

61.- Servicio de reanimación

10 Departamento de patología Clínica y Banco de sangre

62.- Servicio de Bioquímica

63.- Servicio de Hematología

64.- Servicio de Inmunoserología

- 65.- Servicio de Microbiología
- 66.- Servicio de Banco de Sangre
- 11 Departamento de Anatomía Patológica
  - 67.- Servicio de Histopatología y Necropsias
  - 68.- Servicio de Citología
- 12 Departamento de Diagnóstico por Imágenes
  - 69.- Servicio de Radiología
  - 70.- Servicio de Ecografía
  - 71.- Servicio de Medicina Nuclear
- 13 Departamento de Nutrición y Dietética
  - 72.- Servicio de Alimentación Central
  - 73.- Servicio de Tratamiento Dietético
- 14 Departamento de Servicio Social
  - 74.- Servicio Social de Hospitalización y Consulta Externa
  - 75.- Servicio Social de Emergencia
  - 76.- Servicio Social de Educación y Animación Social
- 15 Departamento de Farmacia
  - 77.- Servicio de Farmacia
  - 78.- Servicio de Fórmulas Magistrales y Set Quirúrgicos
- 16 Departamento de Consulta Externa y Hospitalización
  - 79.- Servicio de Consulta Externa
  - 80.- Servicio de Hospitalización
  - 81.- Servicio de medicina Preventiva y Salud Pública
- 17 Departamento de Emergencia y Cuidados críticos
  - 82.- Servicio de Emergencia
  - 83.- Servicio de Cuidados Intensivos y Cuidados Intermedios



## 1.5 SERVICIOS BRINDADOS POR EL HOSPITAL

Las principales actividades realizadas por el Hospital, se encuentran las siguientes :

- Consulta Externa Especializada
- Hospitalización
- Intervenciones Quirúrgicas
- Atenciones de Emergencia
- Atenciones en la Unidad de Cuidados Intensivos Generales
- Atenciones en la Unidad de Cuidados Coronarios
- Atenciones en las Estrategias Sanitarias –Programas Estratégicos  
(Programa de Diabetes-TBC-ITS/VIH/SIDA, entre otros)
- Procedimientos médicos
- Exámenes de laboratorio
- Radiografías con sistema digital
- Exámenes de Medicina Nuclear (Gammagrafías)



## DEPENDENCIA Y JERARQUIA

Quedó desactivado el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) creado por el Decreto Legislativo 1167 como un organismo público ejecutor, adscrito al Ministerio de Salud.

Así lo dispone la Ley 30526 del 15 de Noviembre 2016, publicada por el Congreso de la República en la separata de Normas Legales del diario oficial El Peruano.

La norma dispone que el Ministerio de Salud asumirá las competencias y funciones del Instituto de Gestión de Servicios de Salud "garantizando la continuidad de la prestación de los servicios de salud que correspondan".

Agrega que en un plazo de 90 días calendario, el Ministerio de Salud emitirá la resolución ministerial para determinar los órganos a los cuales se transfieren las competencias, funciones, presupuesto, recursos, acervo documentario y bienes del Instituto de Gestión de Servicios de Salud.

La Ley establece que dentro de este mismo plazo también culmina el proceso de transferencia pero, que en tanto se realice este, el Ministerio de Salud emitirá las normas correspondientes para garantizar la continuidad de la prestación de servicios y el desarrollo de las competencias y funciones asignadas al IGSS.

Asimismo, indica que al término del proceso de transferencia el Ministerio de Salud informará a la Comisión de Salud y Población del Congreso de la República sobre la culminación del mismo.

Además, encarga a la Contraloría General de la República que realice una acción de control sobre la gestión administrativa, financiera, y otras que considere pertinente del IGSS, informando al Congreso sus resultados en el plazo de 60 días útiles.

Por lo tanto el Hospital Nacional "Arzobispo Loayza" dependerá funcional, estructural y financiera del Ministerio de Salud, hasta que se implementen las nuevas medidas administrativas de dependencia.

Hospital Nacional "Arzobispo Loayza", es catalogado como entidad pública Tipo B.

## NIVEL DE COMPLEJIDAD

En la actualidad nuestra Institución es considerada como un hospital de alta especialización y de referencia en el ámbito local e internacional con la categoría de Nivel III-1, que brinda servicios complejos a la población y fomenta la docencia e investigación en salud.

## OBJETIVOS FUNCIONALES GENERALES

**OBJETIVO GENERAL 1:** Contribuir en la disminución de la morbimortalidad materno neonatal, con prioridad en la población de menores recursos con enfoque de derechos, equidad de género e interculturalidad.

**OBJETIVO GENERAL 2:** Contribuir a la reducción de la desnutrición crónica en menores de cinco años, especialmente en la población de extrema pobreza.

**OBJETIVO GENERAL 3:** Contribuir al control de las enfermedades no transmisibles incorporando modelos eficientes de intervención sanitaria para la prevención y control priorizando a la población más vulnerable con enfoque de derecho, equidad de género e interculturalidad.

**OBJETIVO GENERAL 4:** Prevenir, atender y controlar las enfermedades transmisibles mediante el fortalecimiento y desarrollo de modelos eficientes de intervención sanitaria en especial en las poblaciones vulnerables

**OBJETIVO GENERAL 5:** Fortalecer las acciones de la población y sus instituciones para mitigar los riesgos y efectos en la salud generados por los fenómenos naturales.

**OBJETIVO GENERAL 6:** Mejorar la oferta de los servicios de salud con calidad y gestión eficiente de los recursos en beneficio de la población.

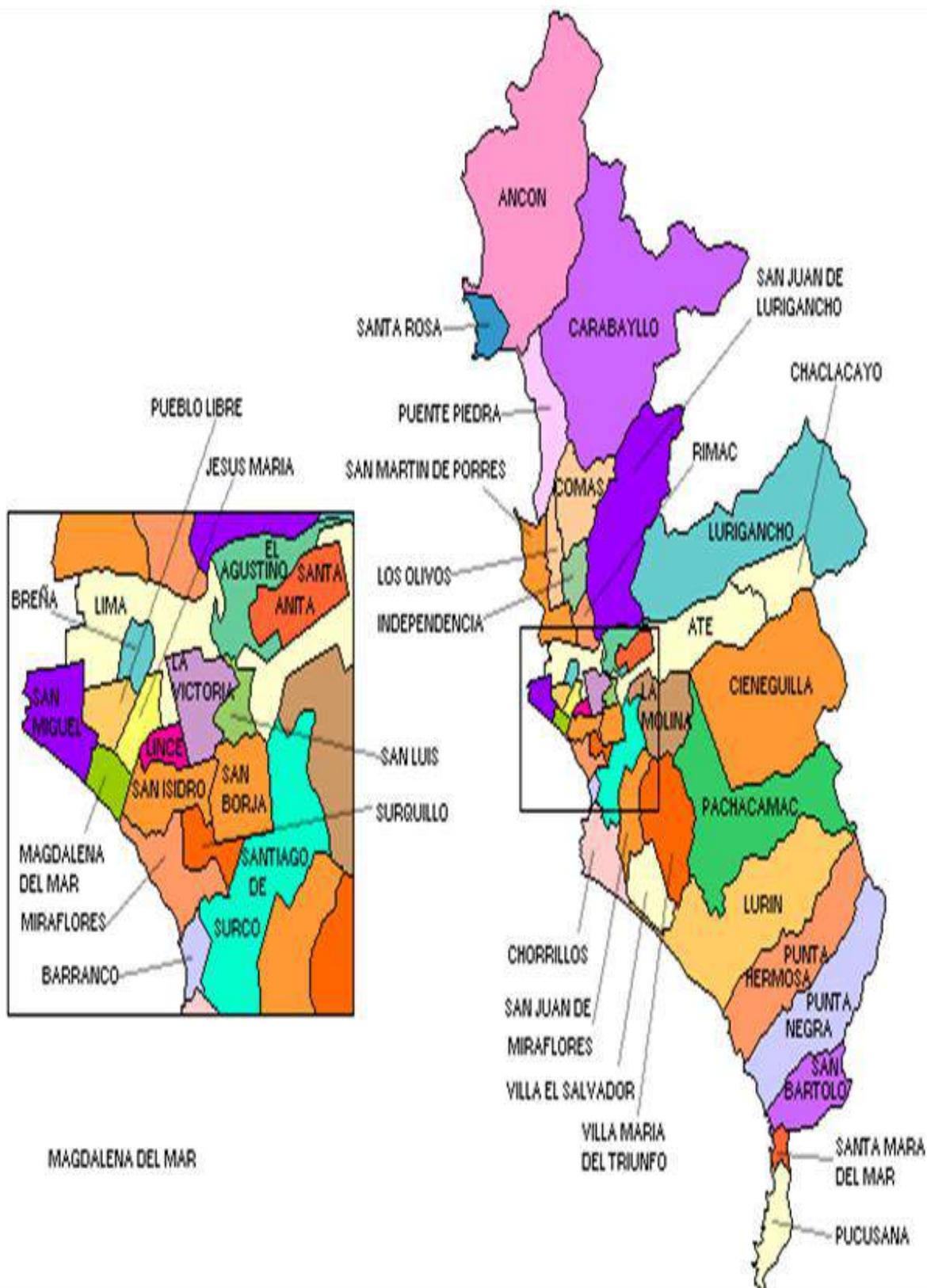
**OBJETIVO GENERAL 7:** Mejorar el acceso de la población a productos farmacéuticos y afines, seguros eficaces y de calidad usados racionalmente con énfasis en la población más vulnerable y de menores recursos.

Es de remarcar que programas estratégicos del presupuesto por resultados se enmarcan dentro de los objetivos 1 y 2 del presente listado.

## 1.7 JURISDICCION DE REFERENCIA

El Hospital Nacional “Arzobispo Loayza” no cuenta con población de referencia, porque acuden pacientes de diferentes lugares de Lima y de todo el país.

AREA DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL “ARZOBISPO LOAYZA” EN LIMA POR DISTRITOS



## 1.8 ANALISIS DE LAS DETERMINANTES DEL ESTADO DE SALUD

### PRINCIPALES INDICADORES ECONOMICOS Y SOCIALES DEL PERU AL 2016

#### I.- Contexto Económico

La economía fue golpeada por el fenómeno de El Niño, que causó daños en importantes áreas urbanas, y por ese motivo el Producto Bruto Interno (PBI) de los meses de marzo y abril mostrará sendas caídas,

En el tercer mes del año las demandas de electricidad por parte de familias y empresas cayeron 13% y 4% en las ciudades de Piura y Trujillo, respectivamente.

Mientras que los despachos de cemento cayeron 6% a nivel nacional, lo cual tendrá un impacto negativo en el PBI.

También recordó que el gobierno ha estimado un costo de alrededor de US\$ 3,000 millones para reparar los daños en infraestructura, y que previamente un escándalo de corrupción causó el retraso de grandes proyectos de infraestructura.

“Ahora, el principal reto del gobierno será la recuperación exitosa de la inversión pública a través del impulso fiscal anunciado.

Sobre el crecimiento de 0.7% registrado en febrero, explicó que la principal razón de ese “modesto crecimiento” económico fue la desaceleración del sector minero, que avanzó solo en 1.5% en el segundo mes del año, registrando así la menor cifra de crecimiento en casi dos años.

**Últimas proyecciones de crecimiento para América Latina y el Caribe**

■ Variación porcentual del PBI real

	2015	2016	2017	2018
<b>América Latina y el Caribe</b>	<b>0.2</b>	<b>-0.7</b>	<b>1.2</b>	<b>2.1</b>
<b>América del Sur</b>	<b>-1.3</b>	<b>-2.3</b>	<b>0.8</b>	<b>1.8</b>
América del Sur sin economías en contracción*	<b>2.9</b>	<b>2.4</b>	<b>2.9</b>	<b>3.3</b>
<b>América Latina</b>				
 Perú	<b>3.3</b>	<b>4.0</b>	<b>4.3</b>	<b>3.5</b>
 Colombia	<b>3.1</b>	<b>1.9</b>	<b>2.6</b>	<b>3.5</b>
 Argentina	<b>2.5</b>	<b>-2.4</b>	<b>2.2</b>	<b>2.8</b>
 Chile	<b>2.3</b>	<b>1.6</b>	<b>2.1</b>	<b>2.7</b>
 México	<b>2.6</b>	<b>2.2</b>	<b>1.7</b>	<b>3.0</b>
 Brasil	<b>-3.8</b>	<b>-3.5</b>	<b>0.2</b>	<b>1.5</b>
 Venezuela	<b>-6.2</b>	<b>-12.0</b>	<b>-6.0</b>	<b>-3.0</b>

\*Las economías sudamericanas en contracción son Argentina, Brasil, Ecuador, Suriname y Venezuela.

FUENTE: FMI

En el año 2016, el volumen total exportado de productos tradicionales se incrementó en 18,8% en comparación con el año 2015, así lo dio a conocer el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) mediante el Informe Técnico Evolución de las Exportaciones e Importaciones, año 2016,

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) dio a conocer que durante el año 2016 la producción del sector Minería e Hidrocarburos se incrementó en 16,29%, respecto al año 2015. Este resultado se sustentó en el incremento del subsector minería metálica (21,18%); en tanto que disminuyó la producción del subsector hidrocarburos (-5,09%).

“Durante el año 2016, en la producción del subsector minería metálica destacó la mayor extracción de cobre (40,1%), molibdeno (27,8%), plata (6,7%), hierro (4,7%) y oro (4,2%). Sin embargo, disminuyó el plomo (-0,4%), estaño (-3,7%) y zinc (-5,9%)”, precisó el Jefe del INEI, Dr. Aníbal Sánchez Aguilar.

Agregó que en el subsector hidrocarburos (-5,09%), la producción de petróleo crudo disminuyó -30,1% debido a la rotura del Oleoducto Norperuano; no obstante, aumentó la producción de gas natural en 12,0% y líquidos de gas natural en 3,9%, a lo largo del año.

En diciembre de 2016, el sector Minería e Hidrocarburos aumentó en 5,39% y acumuló 22 meses de crecimiento continuo. La producción del subsector minería metálica se incrementó en 8,57%, destacando la mayor extracción de hierro (22,1%), molibdeno (20,4%), cobre (13,5%), oro (5,4%) y zinc (3,0%). Sin embargo, disminuyó la producción de plomo (-13,8%), plata (-11,4%) y estaño (-8,8%).

### **Sector Agropecuario creció en 1,80%**

Durante el año 2016, el sector Agropecuario se incrementó en 1,80% explicado por la mayor producción de los subsectores pecuario (3,63%) y agrícola (0,60%).

Los productos agrícolas que contribuyeron con este resultado fueron cacao (17,4%), uva (15,4%), café (10,7%) mango (7,8%) espárrago (1,8%) y arroz cáscara (0,3%); no obstante, disminuyó la producción de algodón rama (-35,3%), maíz amarillo duro (-14,5%), caña de azúcar (-4,1%) y papa (-4,0%). Entre los productos pecuarios que presentaron mayor producción figuraron porcino (5,3%), ave (5,2%), huevo (3,8%) y leche fresca (2,9%).

En diciembre de 2016, el sector Agropecuario aumentó en 1,15% debido a la mayor producción del subsector pecuario en 4,31%; mientras que disminuyó la producción del subsector agrícola (-1,41%).

Los productos pecuarios que incidieron en el resultado del subsector fueron porcino (7,2%), huevo (6,1%), ave (5,6%) y leche fresca (2,5%). Entre los productos agrícolas que registraron menor producción figuraron maíz amarillo duro (-30,0%), caña de azúcar (-8,0%), arroz cáscara (-5,2%) y espárrago (-4,1%); en tanto que aumentó la producción de maíz amiláceo (20,7%), algodón rama (18,3%), cacao (5,7%), papa (4,8%) y café (5,2%),

### **Producción del sector Pesca disminuyó en 10,09%**

En el año 2016, la producción del sector Pesca se contrajo en 10,09% respecto al año anterior por la menor captura de anchoveta para consumo humano indirecto (-24,42%) y para el consumo humano directo en -0,54%. En diciembre de 2016, la producción del sector Pesca aumentó en 40,52%, respecto a similar mes del año 2015.

### **Producción primaria creció en 11,21%**

En el año 2016, la producción primaria creció en 11,21% en dicho resultado destacó la producción del sector Minería e Hidrocarburos (16,29%), el sector Agropecuario (1,80%); en tanto que a lo largo del año disminuyó la producción del sector Pesca en -10,09%.

En el mes de diciembre de 2016, el sector primario aumentó en 5,37% por el aporte de los sectores Minería e Hidrocarburos (5,39%), Pesca (40,52%) y Agropecuario (1,15%).

### **Producción del subsector electricidad aumentó en 8,36%**

En el año 2016, el subsector electricidad creció en 8,36% al compararlo con el año 2015. En diciembre de 2016, este subsector aumentó en 5,15% por efecto de la mayor generación de las fuentes térmica en 16,6% y natural (solar y eólica) en 32,0%; mientras que la generación eléctrica de origen hidráulico disminuyó en 6,3%.

### **En el año 2016, las exportaciones totales aumentaron en 7,98%**

El INEI dio a conocer que con información al 30 de enero del presente año, las exportaciones totales en el año 2016 crecieron en 7,98%, en comparación con el año 2015. Esto se explicó por los mayores envíos de productos tradicionales (12,37%); mientras que disminuyeron los envíos de productos no tradicionales (-1,14%).

Por otro lado, en diciembre de 2016 las exportaciones totales aumentaron en 25,37% por los mayores envíos de productos tradicionales (33,90%) y no tradicionales (9,53%).

### **Importaciones totales disminuyeron en 5,13%**

Con información disponible al 29 de enero del presente año, las importaciones CIF durante el año 2016 disminuyeron en 5,13% explicado por la menor adquisición de bienes de capital (-7,93%), seguido de materias primas y productos intermedios (-4,32%) y la compra de bienes de consumo (-2,54%).

Mientras que en diciembre de 2016, las importaciones aumentaron en 1,96% al compararlo con similar mes del año 2015, por el buen comportamiento de la adquisición de bienes de consumo (8,14%), así como de materias primas y productos intermedios (8,99%); en tanto que disminuyó la importaciones de bienes de capital y materiales de construcción (-10,04%).

### **Recaudación de tributos internos**

Según información proporcionada por la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT), durante el año 2016, el Impuesto General a las Ventas (IGV) de origen interno ascendió 31 040,2 millones de soles, monto mayor en 2,07%, respecto al año 2015.

En diciembre de 2016, la recaudación de este impuesto ascendió a 2 639 millones de soles, monto menor en 0,31% en comparación al registrado en diciembre de 2015.

En el año 2016, la recaudación al Impuesto Selectivo al Consumo ascendió a 3 928,7 millones de soles, es decir, 2,80% menos que en el año 2015. No obstante, en diciembre de 2016, la recaudación del Impuesto Selectivo al Consumo (ISC) alcanzó 352 millones de soles, es decir, 7,60% más que en diciembre de 2015.

Durante el año 2016, la recaudación con concepto de Tributos aduaneros alcanzó 25 384,7 millones de soles, es decir, 2,90% más que en el año 2015. En diciembre de 2016, la recaudación de este concepto alcanzó 2 240 millones de soles, registrándose una disminución de 0,62% en comparación con igual mes del año 2015.

## CONFLICTOS SOCIALES 2016

El conflicto social es un proceso complejo en el cual sectores de la sociedad, el Estado y/o las empresas perciben que sus posiciones, intereses, objetivos, valores, creencias o necesidades son contradictorios, creándose una situación que podría derivar en violencia.

La complejidad de los conflictos está determinada por el número de actores que intervienen en ellos, la diversidad cultural, económica, social y política, las formas de violencia que se pueden presentar, o la debilidad institucional para atenderlos, entre otros elementos.

En materia de conflictos, la Defensoría del Pueblo despliega sus facultades de defensa y supervisión para prevenir e intermediar con el fin de evitar situaciones que puedan amenazar o violar los derechos fundamentales, afectar a la gobernabilidad local, regional o nacional y abrir el camino a procesos de diálogo que contribuyan a su solución.

Hasta diciembre del año pasado, se registraron 212 conflictos sociales en el Perú, de los cuales el 67%, es decir 142, son competencia del gobierno nacional, según la Defensoría del Pueblo. De acuerdo con el organismo, el 17.9% del total de conflictos pertenece al gobierno regional, y 9% al local. Los organismos autónomos tienen el 2.8%, igual que el Poder Judicial. El Legislativo cuenta con el 0.5% de los casos.

Asimismo, de los 212 casos registrados, 156 son considerados activos, es decir, que han sido expresados por alguna de las partes o por terceros, a través de demandas públicas, formales o informales.

En tanto, 56 son latentes, porque aún permanecen ocultos y no han sido informados públicamente.

La Defensoría precisó que el tema socioambiental es uno de los puntos que más conflictos registra, aunque también se observa que hay casos relacionados a asuntos de gobierno local, nacional, regional, demarcación territorial, laborales, entre otros.

### Regiones

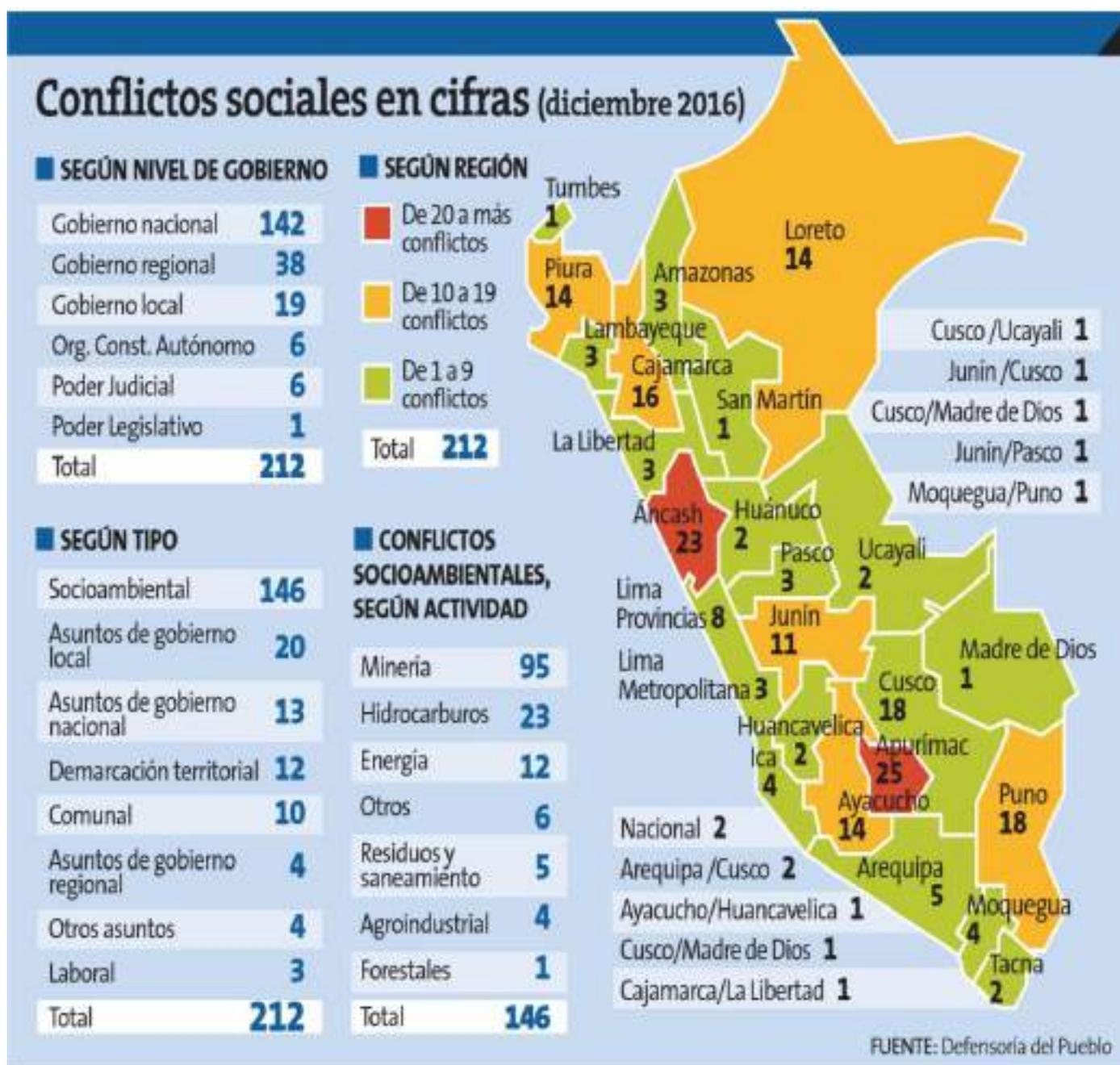
Por otro lado, reveló que Apurímac es la región donde se registran más conflictos y hace referencia a Las Bambas, donde actualmente el Ejecutivo se encuentra en etapa de recepción de comentarios respecto del plan que presentaron.

Dentro de la “Alerta temprana” de la Defensoría, también se considera a la zona reservada de Yaguas, ubicada en Loreto, así como un caso de demarcación territorial que involucra a Áncash y Huánuco.

Cabe precisar que en el informe a diciembre de 2016 del organismo se incluyó el caso del peaje de Puente Piedra, el cual generó una protesta a inicios del año entre quienes se oponían y la Policía.

Las cifras revelan que 125 casos presentaron al menos un hecho de violencia desde que se iniciaron, según la Defensoría, hay 81 conflictos que se encuentran en proceso de diálogo.

#### MAPA DE CONFLICTOS A NIVEL NACIONAL.



Fuente : Defensoría del Pueblo

La mayoría de conflictos están relacionados con la minería

## II.- Características de la Población.

INEI: Población peruana supera los 31 millones habitantes

El Perú ocupa el puesto número 42 en tamaño de población a nivel del mundo y el número 8 en América.

La población del Perú asciende a 31 millones 488 mil 625 personas, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el marco del Día Mundial de la Población.

De esa cifra, el 50,1% son hombres y el 49,9% mujeres y la mayoría se encuentra en la región Lima, que alberga a 9 millones 985,664 de personas.

[INEI: Población de presos en el Perú se incrementó en más de 130% en diez años]

Mientras que en La Libertad hay 1 millón 882,405 habitantes; en Piura 1 millón 858,617; Cajamarca 1 millón 533,783 y Puno 1 millón 429,098. Estas cinco regiones concentran al 53,0% de la población total.

Asimismo, se informó que los distritos limeños de San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres, Ate, Comas, Villa El Salvador, Villa María del Triunfo y San Juan de Miraflores sobrepasan cada uno los 400,000 habitantes.

### OCTAVO PAÍS MÁS POBLADO DE LA REGIÓN

El Perú ocupa el puesto número 42 en tamaño de población a nivel del mundo y el número 8 en América. El INEI estima que hacia el 2021, año del Bicentenario de la Independencia Nacional, nuestro país superará los 33 millones de habitantes y para el año 2050 la población llegará a los 40 millones.

### NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES

Por otro lado, según estimaciones del INEI, durante este año nacerán 574,957 personas y fallecerán 178,553. El crecimiento anual asciende a 336,801 personas, lo cual corresponde a una tasa de crecimiento total de 11 personas por cada 1,000 habitantes.

Las cifras indican que en el año 2016 la población femenina de 0 a 17 años de edad es de 5 millones 103,755 personas, lo que equivale al 49,1% del total de niñas, niños y adolescentes (10 millones 404 mil 271) y al 16,2% de la población total del país. Como todos los años, el 11 de julio se conmemora el Día

Mundial de la Población al 30 de junio del 2015, en el Perú somos 31 millones 151 mil 643 personas. Hacia el 2021, año del bicentenario de nuestra independencia nacional superaremos los 33 millones y para el año 2050 se estima que llegará a 40 millones de habitantes. Aunque el ritmo de crecimiento se ha desacelerado, la población ha seguido en aumento y seguirá creciendo por muchos años más. Entre el 2015 y 2021, cada año se sumarán 333 mil nuevas personas.

La superficie del territorio Peruano es de 1 millón 285 mil 216 Km<sup>2</sup>. El Perú es uno de los 19 países más extensos del Mundo.

Los cinco departamentos con más extensión territorial, Loreto, Ucayali, Madre de Dios, Puno y Cusco, abarcan la mayor parte del territorio nacional, 55% de la superficie total del país.

Los tres más extensos se ubican en la Selva, en esta región por lo inhóspito de su territorio hay una escasa concentración poblacional. Si dividimos la superficie de estos departamentos entre su población actual, resulta que a cada persona le corresponde cerca de 33 Hectarías. En el otro extremo tenemos la Provincia Constitucional del Callao, donde cada persona tendría solo 144 m<sup>2</sup>

¿Dónde se concentra la población?

A nivel nacional, la densidad poblacional es de 24,2 hab./km<sup>2</sup>; siendo mayor en los departamentos ubicados en la costa: Provincia Constitucional del Callao (6 949,0 hab./km<sup>2</sup>), seguido del departamento de Lima (282,4 hab./km<sup>2</sup>), Lambayeque, (87,1 hab./km<sup>2</sup>), La Libertad, (72,9 hab./km<sup>2</sup>), Piura (51,7 hab./km<sup>2</sup>), y Tumbes (50,9 hab./km<sup>2</sup>). Por el contrario, son los departamentos de la selva los que presentan la menor densidad poblacional: Madre de Dios, (1,6 hab. /km<sup>2</sup>), Loreto (2,8 hab./km<sup>2</sup>), Ucayali (4,8 hab./km<sup>2</sup>) y Amazonas, (10,8 hab./km<sup>2</sup>).

Los distritos de San Juan de Lurigancho y San Martín de Porres (1 millón 756 mil) destacan por su tamaño. Superan a la población que reside en conjunto en los departamentos de Madre de Dios, Moquegua, Tumbes, Pasco, Tacna y Amazonas.

Las ciudades con mayor población son Lima Metropolitana con 9 millones 735 mil 587 y Arequipa con 861 mil 145; y con menor población Chachapoyas con 29 mil 247 habitantes y Huancavelica con 47 mil 130.

## III.- CARACTERISTICAS SOCIO-ECONOMICAS

**Apeim**

**DISTRIBUCIÓN DE NIVELES POR ZONA**

(% ) HORIZONTALES	NIVEL SOCIOECONÓMICO				
	A	B	C	D	E
ZONA 1 (Ventanilla, Puente Piedra, Comas, Carabaylo)	0,2	6,6	31,1	35,4	26,8
ZONA 2 (Independencia, Los Olivos, San Martín de Porras)	0,8	16,4	40,8	29,5	12,5
ZONA 3 (San Juan de Lurigancho)	0,6	6,4	30,4	38,7	24,0
ZONA 4 (Cercado, Rimac, Breña, La Victoria)	2,0	17,6	43,6	29,3	7,5
ZONA 5 (Ate, Chadacayo, Lurigancho, Santa Anita, San Luis, El Agustino)	1,5	12,8	30,7	33,5	21,5
ZONA 6 (Jesus Maria, Lince, Pueblo Libre, Magdalena, San Miguel)	18,6	51,4	24,9	4,0	1,1
ZONA 7 (Miraflores, San Isidro, San Borja, Surco, La Molina)	35,2	42,3	15,8	4,7	2,0
ZONA 8 (Surquillo, Barranco, Chomillos, San Juan de Miraflores)	3,0	14,7	32,0	32,7	17,7
ZONA 9 (Villa el Salvador, Villa María del Triunfo, Lurin, Pachacamac)	0,3	3,1	26,8	44,6	25,1

Definición de nivel socioeconómico

El nivel socioeconómico es la jerarquía que tiene una persona o un grupo con respecto a otro o al resto. Usualmente se mide por el ingreso como individuo y/o como grupo, y otros factores educación y ocupación. Básicamente el nivel socioeconómico puede ser clasificado como nivel bajo, medio o alto, aunque dependiendo del estudio que se hace, pueden separarse en más niveles.

Nivel socioeconómico familiar

El nivel socioeconómico se puede medir a nivel individual o grupal, siendo muy común una agrupación por familia. En el caso de agrupación por familia se suelen sumar los ingresos de sus miembros y se estudian las condiciones en las que vive esa familia, usualmente la educación y la ocupación de dichos miembros.

Hay estudios que comprueban otros factores como acceso a servicios básicos (luz, gas, cloacas, etc.), equipamiento y movilidad (cantidad de autos, o si disponen de ciertos artículos del hogar), etc.

Principales factores que determinan el nivel socioeconómico

Ingresos.-Cualquier salario, ganancia, renta, pensiones, intereses o cualquier asistencia gubernamental o de otra índole son sumados como ingresos de un individuo.

En aquellas familias de bajos ingresos estos son gastados en necesidades inmediatas (alimentos, vestimenta, etc.) y no acumulan bienes que puedan pasarse a futuras generaciones, esto incrementa la inequidad. En tanto las familias con ingresos altos pueden acumular bienes y ahorros, además de disfrutar de lujos.

Educación.- La educación también juega un rol en los ingresos. El ingreso promedio se incrementa en cada nivel de educación. Mientras mayor sea el grado de educación, mayores serán los ingresos. La educación también mejora la posibilidad de tener trabajos mejor calificados.

Investigaciones han determinado que los niños nacidos en familias con nivel socioeconómico bajo tienen menos habilidades del lenguaje comparado con niños de familias de niveles altos. Esto afecta el aprendizaje de habilidades y exacerba el problema de disparidad de educación entre niveles socioeconómicos.

Los niños nacidos en familias de bajo nivel socioeconómico también muestran menos logros académicos y un aprendizaje más lento.

Ocupación.- El prestigio ocupacional, como componente del nivel socioeconómico, es influenciado tanto por el ingreso como por la educación. El estatus ocupacional mide la posición social describiendo las características del trabajo, las demandas psicológicas del mismo, y el control y habilidad en la toma de decisiones. De entre las más prestigiosas ocupaciones según las encuestas (en países de medio a alto desarrollo) están los médicos y cirujanos, abogados, químicos, ingenieros, profesores universitarios y analistas de comunicaciones. Este tipo de trabajos es usual en los niveles socioeconómicos más altos. Son trabajos que proveen mayores desafíos, mayor control sobre las condiciones en que se desarrollan, pero también requieren de más habilidades. En tanto los trabajos con menos prestigio social incluyen trabajadores que preparan comida, asistentes, camareros y ayudantes, lavadores de platos, de baños, mucamas, limpiadores de vehículos y asistentes de estacionamiento. Estos trabajos ofrecen significativamente menores ingresos también, usualmente requieren más trabajo, más peligros y proveen menor autonomía.

## LA POBREZA EN EL PERÚ

### 1. Definición de la Pobreza

La pobreza es la imposibilidad de satisfacer las necesidades básicas tanto físicas como psíquicas, que puedan afectar la calidad de vida del individuo en aspectos como la alimentación, la vivienda, la educación, el acceso de agua potable, la asistencia sanitaria, ropa, pobreza por el contrario no significa tener mucho dinero, ni recaudarlo en grandes cantidades, solo es la privación de elementos básicos para el desarrollo óptimo y de calidad de las personas.

La pobreza es definida según el Banco Mundial como: “la incapacidad para alcanzar un nivel de vida mínimo” (Banco Mundial, 1990: 26-27).

Sin embargo estos conceptos pueden llegar hacer relativos ya que la vestimenta en este caso puede significar para algunos una necesidad básica mientras para otras personas es considerado un lujo la obtención del mismo.

Pobreza a su vez también se podría definir como la falta de medios para poder acceder al empleo y la remuneración por dicho labor, el desempleo o la falta de ingresos para cubrir las necesidades de la familia o individuo, que podría ser el resultado de marginación social o exclusión social lo que impediría poder llegar a obtener una canasta básica de alimentos.

La pobreza pues el Banco Mundial afirma que “Aquellos con ingreso per cápita menor a 370 dólares fueron considerados “pobres”, mientras que aquellos con menos de 275 dólares al año eran “extremadamente pobres” (Banco mundial, 1990: 29-30)

### 2. Causas de la pobreza en el Perú

Verdera<sup>1</sup> (2007) sostiene:

Las causas del mayor empobrecimiento reciente en el Perú y de su persistencia son: i. La política pública de elevación de precios a partir de septiembre de 1988; ii. La política salarial que impidió que las remuneraciones nominales se reajusten en la misma proporción que los aumentos de los precios; iii. La política fiscal de recorte del gasto público social corriente, que trasladó parte del costo de los servicios de educación y salud a las familias; iv. La elevación de las tarifas de los servicios públicos y combustibles; v. La elevación de los impuestos indirectos y de los aportes que se deducen de los salarios de los trabajadores (p.184)

Acerca de las causas de la pobreza, Parodi<sup>3</sup> (2012) sostiene:

Los problemas de desigualdad y sensación de un Estado ineficiente en la provisión de servicios sociales básicos. Las disparidades regionales son bien marcadas: mientras la pobreza en la costa es de 17.7%, la de la sierra es de 49.1% y la de la selva, de 37.3%. Los departamentos con mayor porcentaje de pobres son Huancavelica, Apurímac, Huánuco, Puno y Ayacucho, mientras que los menos pobres se encuentran en la costa.

La pobreza en el Perú predomina en las zonas rurales, ya que la pobreza no es solo la carencia de ingresos sino un factor demográfico, social y cultural lo que hace más difícil la reducción y mejora de la calidad de vida en distintos grupos de la sociedad peruana, sin embargo los últimos años ha tenido mejoras gracias a programas estatales de trabajo y educación pero como ya lo había mencionado la eficacia de estos programas varían en cada región.

La pobreza en el Perú se redujo de 25.8%, que se registraba en 2012, a 23.9% el año pasado. Así, 491 mil personas dejaron esta condición social en 2013, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

Por ejemplo, si una familia de cinco miembros tiene gastos por encima de los S/1,460, ya no es considerada pobre. Este monto debe cubrir los alimentos, salud, educación, transporte, vestido y calzado.

Cuando son tres personas las que integran este grupo, la canasta asciende a S/.876, y para una persona es S/.292. Respecto a la pobreza extrema afecta a aproximadamente 1.4 millones de peruanos. Esta cifra representa una reducción de 376 mil frente a 2012.

## **POR**

## **REGIONES**

Los datos del INEI demuestran que Cajamarca y Ayacucho son las regiones con mayor incidencia de pobreza, ya que más del 50% de su población se encuentra en este estado. Debido a que lo sucedido en estas zonas es consecuencia de la menor producción minera, agropecuaria, comercial y de Servicios. Del mismo modo, la minería tiene un mayor impacto en las regiones donde tiene presencia, debido a que genera mayor empleo y, que a través del canon, se pueden realizar mayores inversiones.

Entre los departamentos con menos pobreza destacan Madre de Dios e Ica.

Desnutrición: Según Calzada (1998), "La desnutrición es un estado patológico caracterizado por la falta de aporte adecuado de energía y/o de nutrientes acordes con las necesidades biológicas del organismo, que produce un estado catabólico, sistémico y potencialmente reversible".

Cuando las familias no pueden cubrir la necesidad de alimentación, las consecuencias tienen efectos físicos como anemia, problemas de crecimiento y mentales como retrasos leves y en el desarrollo psicomotriz. Estas deficiencias se vuelven enfermedades neurológicas, motoras, psiquiátricas, estomatológicas, infecciosas y/o digestivas.

Analfabetismo:

Según CEPAL (2007), Adquirir ciertas competencias básicas como " el poder leer y escribir, es desde 1948 un derecho básico para el ser humano. Sin embargo esto está muy lejos de ser una realidad y a la fecha el analfabetismo es uno de los mayores problemas de muchas sociedades".

Esto significa que la educación en muchas regiones es poco accesible y los individuos se ven obligados a realizar trabajos de poca remuneración.

Los índices de analfabetismo en el país cayeron de 12.8 a 7.1 por ciento, lo que significa una reducción de 5.7 por ciento respecto a los niveles registrados en 1993, informó hoy el jefe del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (.Quispe,jul 22, p.1.)

Es muy importante esta reducción de analfabetismo, ya que, debido a la globalización las exigencias cada vez son más altas y no es suficiente el saber leer y escribir sino desarrollar otras capacidades que permitan desempeñarse de forma optima, para evitar la marginación y vulnerabilidad de muchos grupos sociales que debido a su extrema pobreza no pueden adquirir una educación básica.

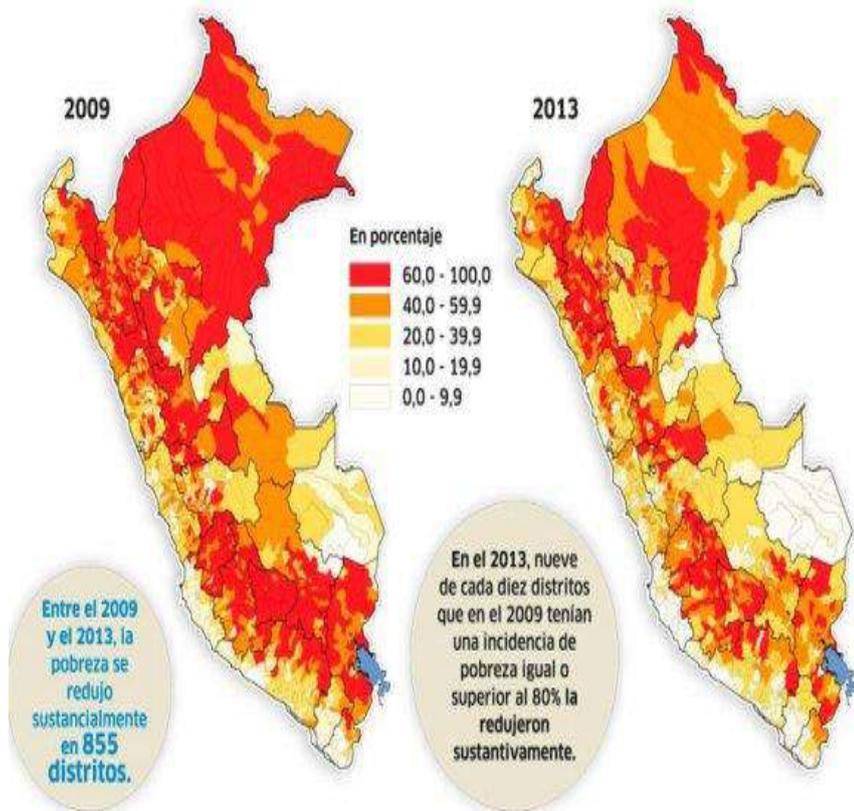
Condiciones de vivienda:

La vivienda es una necesidad humana fundamental, al igual que la alimentación y el vestido, su carencia priva al ser humano de su derecho a vivir con dignidad.(Torres, 2007, p.10.).

La vivienda siendo una necesidad sicosocial ayuda a mantener una mayor estabilidad emocional y la satisfacción de uso de recursos dentro de esta. Como es el agua potable, seguridad y confortabilidad, desafortunadamente los hogares de extrema pobreza carecen de muchos recursos, además de la infraestructura de las viviendas donde muchas son de adobe o ladrillo. Por ello, es importante concientizar a la población de que la forma de mejorar la calidad de vida es en el tamaño de las familias, una mayor educación y la experiencia laboral.

### Mapa de la pobreza en el Perú

Comparación de distritos por niveles de pobreza, 2009 y 2013



Actualmente, el total de distritos es 1.854, se han creado 21 distritos desde el año 2009.

Costo promedio mensual de la canasta alimentaria familiar (por persona)



Promedio de miembros de un hogar y su costo mensual de consumo



Fuente: INEI

Miguel García / O.A. / LA REPÚBLICA

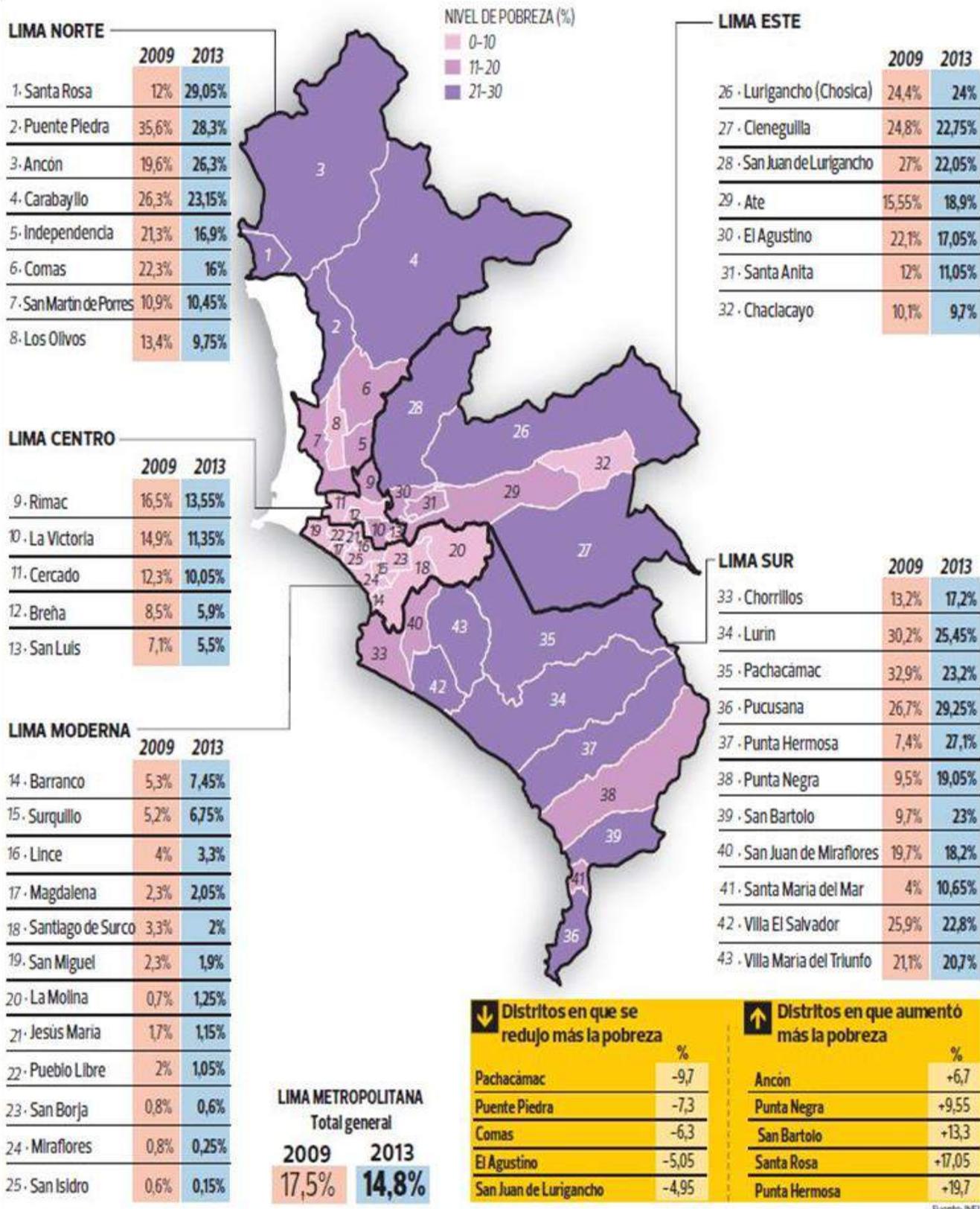
#### Relación de los 20 distritos con mayor incidencia de pobreza total, 2013

Departamento	Provincia	Distrito
La Libertad	Sánchez Carrión	Curgos
La Libertad	Bolívar	Condormarca
Cajamarca	San Marcos	José Sabogal
Cajamarca	Cajamarca	Chetilla
La Libertad	Julcán	Huaso
Cajamarca	Chota	Miracosta
Lambayeque	Ferreñafe	Cañaris
Cajamarca	Celendín	La Libertad de Pallán
La Libertad	Pataz	Taurija
La Libertad	Bolívar	Bambamarca
Ayacucho	Huanta	Pucacolpa
La Libertad	Bolívar	Ucuncha
Cajamarca	San Marcos	José Manuel Quiroz
Amazonas	Condorcanqui	El Cenepa
Cajamarca	Chota	Choropampa
Ayacucho	Victor Fajardo	Sarhua
Cajamarca	Cutervo	La Ramada
La Libertad	Santiago de Chuco	Sitabamba
Apurímac	Andahuaylas	Huayana
Ayacucho	Victor Fajardo	Huaya

#### Relación de los 20 distritos con menor incidencia de pobreza total, 2013

Lima	Lima	Santiago de Surco
Lima	Lima	San Miguel
Lima	Lima	Los Olivos
Ica	Ica	Pueblo Nuevo
Lima	Lima	Lima
Madre de Dios	Manu	Fitzcarrald
Madre de Dios	Manu	Madre de Dios
Ica	Nasca	Changuillo
Ica	Nasca	Marcona
Lima	Lima	La Molina
Lima	Lima	Jesús María
Lima	Lima	Pueblo Libre
Arequipa	Arequipa	Yanahuara
Arequipa	Arequipa	Arequipa
Callao	Callao	La Punta
Cusco	Cusco	Wanchaq
Lima	Lima	San Borja
Lima	Lima	Miraflores
Moquegua	Ilo	Pacocha
Lima	Lima	San Isidro

El Mapa de pobreza del Perú, se encuentra en pleno proceso de actualización por el INEI.



Nota: los datos al 2016 referidos al mapa de pobreza a nivel nacional y de Lima metropolitana se encuentran vigentes a la fecha.

#### IV.- SALUD

El Sector Salud está constituido por : Ministerio de Salud, Prestadores de Servicios , Compradores o Financiadores Institucionales de Servicios , Entidades formadoras de Recursos Humanos en Salud, Entidades productoras de otros recursos en salud, Agencias o dependencias de otros Sectores del Estado con actividades de impacto sobre la salud o sus factores determinantes, Otros niveles gubernamentales con actividades relacionadas con la salud , colectiva o con repercusiones en ella, Sociedad Civil organizada en torno a actividades en el campo de la salud y la población, en tanto sea competente para el cuidado de la salud

Lineamientos de políticas del sector

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Atención integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud (seguro integral de salud, SIS, ESSALUD, otros)

Política de suministro y uso racional de los medicamentos. política andina de medicamentos.

Política de gestión y desarrollo de recursos humanos con respeto y dignidad

Creación del sistema nacional coordinado y descentralizado de salud

Impulsar un nuevo modelo de atención integral de salud

Modernización del MINSA y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial

Financiamiento interno y externo orientado a los sectores más pobres de la sociedad

Democratización de la salud

El sistema de salud peruano presenta un elevado grado de fragmentación, una importante proporción de población no cubierta y grandes diferencias de cobertura entre los individuos efectivamente alcanzados por la prestación. Si bien se encuentran en proceso de diseño e implementación diversas iniciativas tendientes a mejorar esta situación y resolver problemas estructurales del sistema, todavía queda un largo camino de reformas por transitar hasta alcanzar los objetivos que se plantea la sociedad. Por otra parte, también es cierto que no existe un camino único y consensuado sino que, por el contrario, varias son las alternativas que se les presentan a los gobiernos.

12 mil centros de salud en Perú están mal equipados

Así Está el Perú: miles hospitales a nivel nacional no están preparados para ofrece una atención con los estándares mínimos de calidad.

Miles de centros de atención no cuentan con los equipos necesarios.

La construcción y mantenimiento de hospitales en nuestro país ha mejorado de manera importante, sin embargo, la infraestructura hospitalaria todavía es insuficiente.

Más de 12 mil establecimientos de salud en el Perú no cuenta con un adecuado equipamiento y cerca de mil de estos tienen una infraestructura obsoleta que debería ser cambiada por completo.

La problemática de la mala atención ha obligado a muchos ciudadanos a tomar la decisión de ir, en muchas ocasiones, a las farmacias para que los receten, en vez de ir a un centro de salud.

Más obras de salud .- Es necesario destacar la notable inversión que se hizo en salud los últimos cinco años, y que esto ha permitido que se mejore la atención a los pacientes en muchos hospitales.

#### Nuevo marco normativo

A finales del 2014, se aprobó un nuevo marco normativo que establece el nuevo orden y las responsabilidades vigentes a la fecha, y cuyo contenido es importante conocer. Este trabajo ha sido fundamental en mejorar el servicio y, por ende, la calidad de salud de todos los peruanos.

Entre las dos docenas de decretos podemos mencionar el DL1153, que define la nueva estructura de compensaciones económicas; el DL1157 que establece el planteamiento multianual de inversión pública sustentada en comités multisectoriales y regionales; el DL1158 que establece las competencias de SUSALUD, ente encargado de estandarizar y velar por la calidad de los servicios de salud a nivel nacional. Así como el DL1166, que se enfoca en la atención primaria de salud. A mi modesto entender, en la atención primaria está la clave para poder alcanzar un adecuado nivel de servicios de salud hasta el último peruano.

#### Inversiones en el sector salud

Durante los últimos años hemos sido testigos de las inversiones en hospitales públicos bajo el sistema tradicional y bajo la forma de APP (Asociaciones Publico Privadas), ésta es una forma muy eficiente de aprovechar los recursos del Estado introduciendo las eficiencias del sector privado. Es un instrumento que debería aprovecharse al máximo y que mantiene la propiedad para el Estado.

## Presupuesto de salud

El Presupuesto de Salud del 2016, aprobado el 06-12-2015, asciende a 13.471.156.438 soles (Ley N° 30372 del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2016, según el Ministerio de Economía), que representa el 10% del presupuesto general y que vendría a tener el mismo monto y porcentaje que el presupuesto del año pasado.

Debemos reconocer que se ha avanzado. Sin embargo, contar con más recursos no significa que se estén aprovechando al máximo. Siempre se menciona que los recursos no son infinitos, entonces, para obtener el máximo beneficio de ellos hay que estar realmente capacitados en Gerencia y Gestión de Salud. De no ser así, el aumento de los recursos económicos significaría más desperdicios y una mala gestión de los recursos actuales.

## Roles de los actores del sector

Otro punto pendiente es la articulación del financiamiento y la prestación de los servicios. Por el momento no hay las condiciones para trabajar coordinadamente entre financiadores y prestadores, lo que no permite reducir la ineficiencia. Hemos visto la integración vertical en el sector salud privado en los últimos años, con sus cosas buenas y malas, pero falta la integración entre los establecimientos públicos, sean del Minsa, Essalud, etc, y de los establecimientos del sector privado, con el objetivo final de brindar un servicio de salud de calidad.

## Capacitación de personal médico y distribución

Tenemos escasez de médicos y de especialistas, a pesar del importante incremento de éstos en los últimos años. Entonces, surge la pregunta, ¿el personal de salud que tenemos estará bien distribuido y capacitado?, por ejemplo, ¿un médico general podría ser capacitado por telemedicina para manejar emergencias neurológicas o saber aplicar tratamientos endovenosos?

Existe, en el Estado Peruano, los datos de qué tipo de profesionales son necesarios en cada rincón del país. Pero cómo hacemos frente a este reto será la solución, ¿solamente aumentar el número de especialistas en la zona? La gerencia y gestión brindan herramientas que no se aprovechan adecuadamente y que debemos mejorar constantemente.

## CAPITULO II

## ANALISIS DE LOS FACTORES CONDICIONANTES DE SALUD

## 2.1 PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA

TABLA N° 001

Código Distrito	D I S T R I T O S	T O T A L G E N E R A L						G R U P O S D E E D A D											
		T O T A L		Femenino		Masculino		< 1 Año		1 - 11 Años		12 - 17 Años		18 - 29 Años		30 - 59 años		60 - + años	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
150101	LIMA	146541	31.1%	103034	21.9%	43507	9.2%	1479	1568	2352	2406	1816	1150	11048	5233	51924	16860	34415	16290
150135	SAN MARTIN DE PORRES	47579	10.1%	33947	7.2%	13632	2.9%	2573	2831	1211	1266	887	374	6155	1418	15143	4086	7978	3657
150132	SAN JUAN DE LURIGANCHO	37684	8.0%	26497	5.6%	11187	2.4%	296	291	535	494	542	359	3277	1647	14605	4571	7242	3825
150105	BREÑA	26709	5.7%	18528	3.9%	8181	1.7%	600	653	554	560	422	249	2185	809	8405	2718	6362	3192
150117	LOS OLIVOS	17481	3.7%	12288	2.6%	5193	1.1%	285	327	227	207	259	143	1663	731	6390	2131	3464	1654
150110	COMAS	17440	3.7%	12527	2.7%	4913	1.0%	166	158	208	206	203	111	1389	595	6510	1837	4051	2006
150103	ATE	10900	2.3%	7873	1.7%	3027	0.6%	61	58	123	103	148	105	953	503	4496	1251	2092	1007
150125	PUENTE PIEDRA	10818	2.3%	7808	1.7%	3010	0.6%	56	134	136	148	138	114	924	426	4706	1238	1848	950
150112	INDEPENDENCIA	10027	2.1%	6985	1.5%	3042	0.6%	95	92	159	146	98	81	742	329	3620	1241	2271	1153
150128	RIMAC	9824	2.1%	6773	1.4%	3051	0.6%	63	64	113	114	94	51	774	429	3376	1240	2353	1153
150108	CHORRILLOS	9035	1.9%	6480	1.4%	2555	0.5%	27	26	63	58	75	60	602	407	3653	1081	2060	923
70101	CALLAO	8459	1.8%	5974	1.3%	2485	0.5%	74	100	140	118	92	85	665	361	3049	994	1954	827
150142	VILLA EL SALVADOR	8112	1.7%	6000	1.3%	2112	0.4%	29	25	61	48	73	49	553	283	3452	962	1832	745
150143	VILLA MARIA DEL TRIUNFO	7281	1.5%	5189	1.1%	2092	0.4%	29	52	58	52	65	73	491	334	2982	883	1564	698
150133	SAN JUAN DE MIRAFLORES	7188	1.5%	5086	1.1%	2102	0.4%	16	37	52	49	60	57	536	285	2912	893	1510	781
150106	CARABAYLLO	6113	1.3%	4496	1.0%	1617	0.3%	38	39	87	85	102	57	505	227	2557	618	1207	591
150115	LA VICTORIA	6006	1.3%	4089	0.9%	1917	0.4%	33	60	95	101	58	62	473	290	2005	817	1425	587
150137	SANTA ANITA	4775	1.0%	3461	0.7%	1314	0.3%	50	39	127	65	65	32	436	185	1952	571	831	422
150140	SANTIAGO DE SURCO	4339	0.9%	2881	0.6%	1458	0.3%	17	26	27	11	40	24	294	252	1361	612	1142	533
150111	EL AGUSTINO	3784	0.8%	2610	0.6%	1174	0.2%	24	53	103	78	66	70	280	218	1382	399	755	356
70106	VENTANILLA	3068	0.7%	2191	0.5%	877	0.2%	12	31	40	46	45	37	262	120	1395	407	437	236
20101	HUARAZ	2875	0.6%	1957	0.4%	918	0.2%	4	2	10	12	26	27	188	95	1031	297	698	485
150136	SAN MIGUEL	2796	0.6%	1771	0.4%	1025	0.2%	21	9	61	28	32	21	199	149	890	399	568	419
150121	MAGDALENA VIEJA	2776	0.6%	1868	0.4%	908	0.2%	15	5	27	27	25	14	225	113	834	414	742	335
150113	JESUS MARIA	2554	0.5%	1726	0.4%	828	0.2%	13	13	28	26	25	9	202	101	832	342	626	337
150141	SURQUILLO	2335	0.5%	1432	0.3%	903	0.2%	6	19	35	22	5	9	163	115	690	401	533	337
50101	AYACUCHO	2255	0.5%	1526	0.3%	729	0.2%	2	0	14	11	23	32	163	112	738	291	586	283
150118	LURIGANCHO	2010	0.4%	1448	0.3%	562	0.1%	6	7	10	12	30	15	171	101	834	246	397	181
60101	CAJAMARCA	1878	0.4%	1181	0.3%	697	0.1%	2	5	8	8	12	17	91	56	579	231	489	380
100101	HUANUCO	1822	0.4%	1213	0.3%	609	0.1%	6	4	12	4	18	12	121	78	682	251	374	260
150104	BARRANCO	1743	0.4%	1176	0.2%	567	0.1%	0	4	9	5	18	9	98	84	611	213	440	252
150114	LA MOLINA	1589	0.3%	1115	0.2%	474	0.1%	9	10	21	22	12	20	131	78	581	205	361	139
150134	SAN LUIS	1549	0.3%	959	0.2%	590	0.1%	1	12	25	20	17	14	86	102	451	202	379	240
150116	LINCE	1529	0.3%	1019	0.2%	510	0.1%	11	11	9	15	15	5	98	76	515	200	371	203
110201	CHINCHA ALTA	1519	0.3%	1150	0.2%	369	0.1%	2	2	3	0	4	13	106	35	698	137	337	182
200101	PIURA	1516	0.3%	1020	0.2%	496	0.1%	7	0	13	11	15	7	93	60	585	209	307	209
150102	ANCON	1504	0.3%	1067	0.2%	437	0.1%	7	12	33	33	18	21	112	73	586	142	311	156
150120	MAGDALENA DEL MAR	1478	0.3%	1003	0.2%	475	0.1%	9	3	6	13	10	6	88	62	464	210	426	181
21801	CHIMBOTE	1386	0.3%	1023	0.2%	363	0.1%	0	3	8	8	11	12	123	56	588	171	293	113
150123	PACHACAMAC	1375	0.3%	983	0.2%	392	0.1%	8	8	14	28	21	16	151	43	596	171	193	126
120101	HUANCAYO	1367	0.3%	971	0.2%	396	0.1%	1	3	3	11	17	5	105	33	507	145	338	199
150501	SAN VICENTE DE CAÑETE	1361	0.3%	956	0.2%	405	0.1%	1	3	9	6	12	9	91	48	524	171	319	168
150601	HUARAL	1340	0.3%	865	0.2%	475	0.1%	2	0	14	7	15	4	77	65	470	168	287	231
110101	ICA	1216	0.3%	903	0.2%	313	0.1%	0	0	2	8	9	6	131	45	497	129	264	125
150122	MIRAFLORES	1094	0.2%	625	0.1%	469	0.1%	8	6	8	8	1	6	64	47	308	247	236	155
150130	SAN BORJA	1085	0.2%	696	0.1%	389	0.1%	0	4	23	14	6	7	102	77	383	163	182	124
240101	TUMBES	1050	0.2%	747	0.2%	303	0.1%	3	1	11	2	14	12	75	45	431	146	213	97
140101	CHICLAYO	1009	0.2%	684	0.1%	325	0.1%	1	2	10	8	6	11	65	56	340	121	262	127
150801	HUACHO	917	0.2%	645	0.1%	272	0.1%	0	2	6	1	8	3	67	43	359	119	205	104
150119	LURIN	897	0.2%	662	0.1%	235	0.0%	2	6	5	6	14	7	64	32	382	86	195	98
30101	ABANCAY	767	0.2%	493	0.1%	274	0.1%	0	2	4	1	3	6	33	22	216	126	237	117
150107	CHACLACAYO	728	0.2%	518	0.1%	210	0.0%	0	5	5	4	6	5	50	25	224	95	233	76
150201	BARRANCA	643	0.1%	501	0.1%	142	0.0%	0	2	7	2	6	5	42	22	287	43	159	68
80101	CUSCO	598	0.1%	394	0.1%	204	0.0%	0	1	7	7	1	4	46	23	182	87	158	82
110501	PISCO	591	0.1%	454	0.1%	137	0.0%	1	3	9	2	6	7	52	12	223	69	163	44
	OTROS DISTRITOS	1878	0.4%	1209	0.3%	669	0.1%	6	8	22	17	11	21	128	89	531	236	511	298
	T O T A L	471489	100.0%	331242	70.3%	140247	29.7%	6224	6885	7093	6853	5965	3835	39117	17957	170120	54222	102723	50495

IMPORTANTE : ESTADISTICAS EN BASE AL TOTAL DE ATENDIDOS

Grupo Etareo según RM 538-2009/MINSA

En la presenta tabla observamos la procedencia de las atenciones en la consulta externa, de los cuales el 31.10% procedió de Lima, seguidas de SMP con 10,1%, SJL 8%, Breña 5.7% y Los Olivos 3.7%.